

Laufbahnentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte

Abhandlung zur Erreichung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von
Martina Stamm
von Schleithem (SH)

Angenommen im Frühjahrssemester 2009 auf Antrag von
Frau Prof. Dr. phil. Alexandra M. Freund und
Frau Prof. Dr. med. Barbara Buddeberg-Fischer

Zürich, 2009

Dank

Diese Dissertation wurde im Rahmen eines vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten prospektiven Forschungsprojekts zur Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte an der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich realisiert (SNF Nr. 3200-061906.00, 3200BO-102130, 3200BO-113836). Die Entstehung der Dissertation wurde durch verschiedene Personen begleitet und unterstützt. Es ist mir ein Bedürfnis, ihnen an dieser Stelle zu danken.

Frau Prof. Dr. Alexandra M. Freund vom Psychologischen Institut der Universität Zürich danke ich herzlich für die Möglichkeit, die Dissertation unter dem Dach ihres Lehrstuhls zu verfassen, und für das Wohlwollen, das sie meiner Arbeit entgegengebracht hat.

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Barbara Buddeberg-Fischer von der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich. Sie hat mir ermöglicht, die Dissertation innerhalb ihrer Forschungsgruppe zu realisieren, und ihre kontinuierliche Unterstützung in allen Phasen der Dissertation war für mich besonders wichtig.

Mein herzlicher Dank geht auch an:

- Frau PD Dr. Bettina Wiese vom Psychologischen Institut der Universität Zürich für die wertvollen Hinweise und Anregungen im Rahmen der Dissertationsbesprechungen
- Herrn Prof. Dr. Claus Buddeberg von der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich für die fachlichen Diskussionen, die wesentlich zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben, und für die zur Verfügung gestellten Ressourcen
- Herrn PD Dr. Richard Klaghofer von der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich für seine Beratung und grosse Diskussionsbereitschaft bei methodischen Fragen
- alle Mitarbeitenden der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich, die mich mit Interesse und Verständnis umgeben haben
- meine Freundinnen für ihre emotionale Unterstützung und Hilfsbereitschaft, besonders an Caroline Meyer für den Erfahrungsaustausch unter Dissertandinnen, SilviaENZler für ihre inhaltlichen und sprachlichen Anregungen nach der ersten Lektüre des Textes und Cordula Hawes-Bilger für das definitive Korrekturlesen der Arbeit

Weiter danke ich allen jungen Ärztinnen und Ärzten, die bereit waren, über Jahre hinweg an den Befragungen des Karriereprojekts teilzunehmen und teilweise auch in Interviews Einblick in ihre berufliche Entwicklung und private Lebenssituation zu gewähren.

Meinem Lebenspartner Peter Brenner danke ich von Herzen für die Begleitung bei der Entstehung der Dissertation, für die Geduld und die Ermutigungen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Summary	3
1 Einleitung	5
2 Theoretischer Hintergrund	9
2.1 Theorien zur Laufbahnentwicklung	9
2.1.1 Begriffsdefinition und Stadien der Laufbahnentwicklung	9
2.1.2 Psychologische Laufbahntheorien: eine Übersicht	11
2.1.3 Sozialkognitive Laufbahntheorie von Lent, Brown und Hackett (1994)	12
2.1.4 Modell zur beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002)	14
2.2 Laufbahnerfolg	16
2.2.1 Konzeption von Laufbahnerfolg	16
2.2.2 Beziehung zwischen objektivem und subjektivem Erfolg	19
2.3 Persönliche Ziele im Kontext der Laufbahn	21
2.3.1 Konzeptionen von persönlichen Zielen	22
2.3.2 Inhalte von persönlichen Zielen im Kontext der Laufbahn	24
2.4 Work-Life-Balance	26
2.4.1 Konzeption von Work-Life-Balance	27
2.4.2 Determinanten und Konsequenzen der Work-Life-Balance	32
2.5 Determinanten der Laufbahnentwicklung und des Laufbahnerfolgs	34
2.5.1 Geschlecht und Laufbahnentwicklung	34
2.5.2 Personenbezogene Faktoren	39
2.5.3 Faktoren des beruflichen und privaten Umfelds	47
2.5.3.1 Berufliches Umfeld und Laufbahnentwicklung	47
2.5.3.2 Private Lebenssituation und Laufbahnentwicklung	52
2.6 Laufbahn in der Medizin	55
2.6.1 Laufbahnwege in der Medizin	55
2.6.2 Frauen in der Medizin	57
2.6.3 Facharztweiterbildung	60
2.6.3.1 Organisation der Facharztweiterbildung in der Schweiz	60

2.6.3.2	Einflussfaktoren der Wahl der Facharztspezialisierung	61
2.6.3.3	Stabilität und Wechsel bei der Wahl der Facharztspezialisierung	66
2.6.4	Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit	67
2.6.4.1	Belastungen im Arztberuf	67
2.6.4.2	Teilzeittätigkeit in der Medizin	70
2.7	Arbeitsmodell der Untersuchung	73
3	Fragestellungen und Hypothesen.....	77
3.1	Fragestellungen	77
3.2	Hypothesen.....	77
4	Methode.....	85
4.1	Studiendesign	85
4.2	Beschreibung der Untersuchungsstichprobe	88
4.3	Messinstrumente.....	89
4.3.1	Erfassung des Laufbahnziels und des Laufbahnerfolgs	90
4.3.2	Erfassung der personenbezogenen Faktoren, der berufsbezogenen Faktoren und der privaten Lebenssituation	93
4.3.3	Erfassung der angestrebten Work-Life-Balance	96
4.3.4	Zusätzlich erhobene Variablen.....	97
4.4	Datenanalyse	98
5	Ergebnisse	101
5.1	Geschlechtsunterschiede bei den zentralen Variablen	101
5.1.1	Personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und private Lebenssituation bei Ärztinnen und Ärzten.....	102
5.1.2	Angestrebte Work-Life-Balance von Ärztinnen und Ärzten	105
5.1.3	Laufbahnziele und Laufbahnerfolg von Ärztinnen und Ärzten	106
5.2	Prädiktion von Work-Life-Balance, Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg	108
5.2.1	Einfluss von Geschlecht, personenbezogenen Faktoren und berufsbezogenen Faktoren auf die angestrebte Work-Life-Balance	108
5.2.1.1	Einfluss auf die angestrebte Work-Life-Balance Karriereorientierung	108
5.2.1.2	Einfluss auf die angestrebte Work-Life-Balance Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung	111

5.2.2	Einfluss von Geschlecht, personenbezogenen Faktoren und berufsbezogenen Faktoren auf die Laufbahnziele.....	115
5.2.2.1	Einfluss auf den angestrebten Facharzttitel.....	115
5.2.2.2	Einfluss auf die Stabilität des angestrebten Facharzttitels	117
5.2.3	Einfluss von Geschlecht, personenbezogenen Faktoren und berufsbezogenen Faktoren auf den Laufbahnerfolg.....	120
5.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prädiktion von Work-Life-Balance, Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg	123
5.3	Angestrebte Work-Life-Balance in Beziehung zu Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg	124
5.3.1	Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen .	124
5.3.1.1	Beziehung zum angestrebten Facharzttitel.....	124
5.3.1.2	Beziehung zur Stabilität der Facharztwahl.....	126
5.3.2	Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnerfolg .	128
5.3.3	Zusammenfassung zur Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg.....	131
5.4	Exkurs: Mentoring.....	131
5.5	Zusammenhänge zwischen Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg	136
5.6	Zwei Fallbeispiele zur Illustration.....	137
5.6.1	Ärztin A und Arzt B im Vergleich mit der Gesamtstichprobe.....	137
5.6.2	Interviewaussagen von Ärztin A und Arzt B	140
6	Diskussion	144
6.1	Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten: die Rolle des Geschlechts bei der Laufbahnentwicklung.....	144
6.1.1	Geschlecht und Prädiktorvariablen	145
6.1.2	Geschlecht und angestrebte Work-Life-Balance.....	147
6.1.3	Geschlecht und Laufbahnziele sowie Laufbahnerfolg	148
6.2	Die Rolle von personenbezogenen Faktoren, berufsbezogenen Faktoren und Faktoren der privaten Lebenssituation bei der Laufbahnentwicklung	157
6.2.1	Prädiktion der angestrebten Work-Life-Balance.....	161
6.2.2	Prädiktion des angestrebten Facharzttitels und dessen Stabilität	162
6.2.3	Prädiktion des Laufbahnerfolgs	164
6.3	Die Rolle der angestrebten Work-Life-Balance bei der Laufbahnentwicklung.....	170

6.3.1	Angestrebte Work-Life-Balance und Laufbahnziele	171
6.3.2	Angestrebte Work-Life-Balance und Laufbahnerfolg	172
6.4	Kritische Betrachtung des theoretischen und empirischen Beitrags der Untersuchung	173
6.4.1	Relevanz der Untersuchung	173
6.4.2	Anregungen für zukünftige Untersuchungen	176
6.4.3	Fazit	180
Literaturverzeichnis.....		181
Anhang		192

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Verschiedene Konzeptualisierungen von Laufbahnerfolg im Überblick	19
Tabelle 2:	Untersuchungshypothesen im Überblick	84
Tabelle 3:	Zentrale Messinstrumente und entsprechende Erhebungszeitpunkte.....	89
Tabelle 4:	Items des Karriereindex, Gewichtung und Trennschärfe (N=156)	92
Tabelle 5:	Kennwerte der Skalen zur Erfassung der Personenfaktoren	94
Tabelle 6:	Kennwerte der Skalen zur Erfassung der beruflichen Faktoren.....	96
Tabelle 7:	Personenbezogene, berufsbezogene Faktoren und private Lebenssituation im Geschlechtervergleich	102
Tabelle 8:	Kombinationsmodelle von Beruf und Familie bei Ärztinnen und Ärzten	104
Tabelle 9:	Lebenszufriedenheit im Geschlechtervergleich	105
Tabelle 10:	Angestrebte Work-Life-Balance im Geschlechtervergleich	106
Tabelle 11:	Laufbahnziele und Laufbahnerfolg im Geschlechtervergleich (N=156)	107
Tabelle 12:	Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Karriereorientierung nach Geschlecht.....	109
Tabelle 13:	Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Karriereorientierung (N=156).....	110
Tabelle 14:	Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Teilzeitorientierung nach Geschlecht.....	112
Tabelle 15:	Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Dreiphasenorientierung nach Geschlecht.....	112
Tabelle 16:	Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Teilzeitorientierung (N=156).....	113
Tabelle 17:	Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Dreiphasenorientierung (N=156).....	114
Tabelle 18:	Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Wahl von operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin nach Geschlecht (N=156)	116
Tabelle 19:	Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Wahl von operativen Fächer vs. Fächern der Inneren Medizin (N=156)	117
Tabelle 20:	Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Stabilität des angestrebten Facharztstitels nach Geschlecht (N=156).....	118

Tabelle 21:	Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Stabilität (vs. Instabilität) des angestrebten Facharzttitels (N=156).....	119
Tabelle 22:	Korrelationen zwischen Prädiktorvariablen und objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg	121
Tabelle 23:	Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolges (N=156)	122
Tabelle 24:	Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und angestrebtem Facharzttitel in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin nach Geschlecht (N=156)	125
Tabelle 25:	Hierarchische logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen angestrebter Work-Life-Balance und angestrebter Facharztspezialisierung in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin (N=156).....	126
Tabelle 26:	Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Stabilität (vs. Instabilität) des angestrebten Facharzttitels nach Geschlecht (N=156).....	127
Tabelle 27:	Hierarchische logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Work-Life-Balance und Stabilität (vs. Instabilität) der angestrebten Facharztspezialisierung (N=156)	128
Tabelle 28:	Punkt-biseriale Korrelationen zwischen Work-Life-Balance und objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg	129
Tabelle 29:	Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Beziehung zwischen Work-Life-Balance und objektivem sowie subjektivem Erfolg (N=156).....	130
Tabelle 30:	Mentoring in Abhängigkeit vom Vorhandensein eines Mentors zu T3 und T4 (N=156).....	133
Tabelle 31:	Mittelwerte der fünf Mentoring-Unterskalen zu T4 nach Geschlecht	134
Tabelle 32:	Korrelationen zwischen den Mentoring-Skalen und der Stabilität des Laufbahnziels sowie dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg nach Geschlecht	135
Tabelle 33:	Punkt-biseriale Korrelationen zwischen Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg (N=156)	136
Tabelle 34:	Zentrale Variablen bei Ärztin A und Arzt B im Vergleich mit der Untersuchungsstichprobe	138

Tabelle 35:	Zusammenfassung der Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zu Fragestellung 1: Befunde auf der Basis der Mittelwerts- bzw. Häufigkeitsvergleiche.....	145
Tabelle 36:	Zusammenfassung der Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zu Fragestellung 2: Befunde auf der Basis der multivariaten Regressionsanalysen.....	158
Tabelle 37:	Zusammenfassung der Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zu Fragestellung 3: Befunde auf der Basis der multivariaten Regressionsanalysen.....	170

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Modell der Laufbahnwahl von Lent et al. (2000, S. 37)	14
Abbildung 2:	Modell der beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002, S. 111) ...	15
Abbildung 3:	Dimensionen der Work-Family-Balance nach Frone (2003).....	29
Abbildung 4:	Laufbahnwege in der Medizin (eigene Darstellung).....	56
Abbildung 5:	Anzahl abgeschlossene Staatsexamen von Frauen und Männern in der Schweiz von 1998 bis 2007 (eigene Darstellung).....	58
Abbildung 6:	Anzahl erworbene Facharzttitle von Frauen und Männern in der Schweiz von 1998 bis 2007 (eigene Darstellung).....	59
Abbildung 7:	Arbeitsmodell der Laufbahnentwicklung von Ärztinnen und Ärzten (der Einfluss des Geschlechts ist zur Gewährleistung einer besseren Übersichtlichkeit nicht dargestellt)	74
Abbildung 8:	Erhebungszeitpunkte T1 bis T4.....	85
Abbildung 9:	Darstellung der Stichprobenentwicklung des Karriereprojekts zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4.....	87
Abbildung 10:	Darstellung der Selektion der Untersuchungsstichprobe	87
Abbildung 11:	Häufigkeitsverteilung des Karriereindex (N=156).....	93
Abbildung 12:	Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Karriereorientierung, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung (Logistische Regressionsanalysen unter Angabe der Odds Ratio, N=156).....	159
Abbildung 13:	Vorhersage des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolgs (Multiple Regressionsanalyse unter Angabe der Beta-Gewichte, N=156)	160
Abbildung 14:	Beziehung von angestrebter Work-Life-Balance zu objektivem und subjektivem Laufbahnerfolg (multiple Regressionsanalyse unter Angabe der Beta-Gewichte, N=156).....	171

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Feminisierung der Medizin untersucht die vorliegende Arbeit die Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten. Ausgehend von einem Arbeitsmodell, welches sich auf sozialkognitive und selbstregulative Laufbahntheorien stützt (Abele, 2002; Lent, Brown & Hackett, 1994), wird postuliert, dass Geschlecht, personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und Faktoren der privaten Lebenssituation einen Einfluss auf die Laufbahnentwicklung ausüben. Zudem wird angenommen, dass das angestrebte Verhältnis zwischen beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen in Beziehung zur Laufbahnentwicklung steht. Die vorliegende Untersuchung ist Teil eines grösseren prospektiven Forschungsprojekts zur Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten an der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich. Die Teilnehmenden, zwei Kohorten von Medizinstudierenden der drei Deutschschweizer Universitäten Basel, Bern und Zürich, wurden erstmals im letzten Studienjahr und dann jeweils im Abstand von rund zwei Jahren während ihrer Facharztweiterbildung mittels Fragebogen befragt. Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf Daten der ersten (T1, 2001), dritten (T3, 2005) und vierten (T4, 2007) Befragung. Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung umfasst 156 Personen, 85 Männer (54.5%) und 71 Frauen (45.5%) im Alter von 33 Jahren. 112 Personen (71.8%) streben eine Facharztspezialisierung in Fächern der Inneren Medizin an, 44 Personen (28.2%) eine Spezialisierung in operativen Fächern. Erwartungsgemäss spielt das Geschlecht eine wichtige Rolle bei der Laufbahnentwicklung. Junge Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich hinsichtlich der angestrebten Facharztspezialisierung und des Laufbahnerfolgs, indem Männer operative Fächer bevorzugen und einen höheren objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg aufweisen als Frauen. Die angestrebte Facharztspezialisierung wird vorhergesagt durch die personenbezogenen Faktoren Instrumentalität und extraprofessionale Motivation, wobei Instrumentalität die Wahrscheinlichkeit der Wahl operativer Fächer erhöht und extraprofessionale Motivation diese verringert. Die Stabilität bei der Wahl der Facharztspezialisierung wird durch den berufsbezogenen Faktor Mentoring vorhergesagt. Prädiktoren des objektiven und subjektiven Erfolgs sind extrinsische Karrieremotivation sowie Mentoring beziehungsweise Instrumentalität sowie Mentoring. Elternschaft als Faktor der privaten Lebenssituation hat keinen Einfluss auf den Laufbahnerfolg: Der erwartete negative Effekt von Elternschaft auf den Laufbahnerfolg bei Frauen bestätigt sich nicht. Ziele

für die zukünftige Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Bereichen stehen in Beziehung zur Wahl der Facharztspezialisierung und zum Laufbahnerfolg. Personen, die in Zukunft den Schwerpunkt auf ihre berufliche Karriere legen möchten, streben eher einen Facharzttitle in operativen Fächern an, Personen, die bei der Familiengründung ihr Arbeitspensum reduzieren wollen, wählen eher Fächer der Inneren Medizin. Der Laufbahnerfolg ist bei denjenigen Personen höher, welche auch für die nahe Zukunft ihre Karriere an erste Stelle setzen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen auf, dass Frauen und Männer nach Abschluss des Medizinstudiums eine unterschiedliche Wahl der Facharztspezialisierung treffen. Ärztinnen scheinen Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu antizipieren und wählen weniger häufig operative Fächer. Sie gewichten ausserberufliche Bereiche höher als Männer und sind bezüglich ihrer beruflichen Laufbahn weniger karriereorientiert. Da sich Mentoring als wichtiger Faktor für den Laufbahnerfolg erweist, sollten junge Ärztinnen und Ärzte schon zu Beginn ihrer Facharztweiterbildung auf die Bedeutung von Mentoren hingewiesen werden. Vor allem Frauen sollten ermutigt werden, sich aktiv um Mentoring-Beziehungen zu bemühen.

Summary

Against the background of a growing feminisation in medicine the present work analyses the career development of young physicians. The work model of the study, based on social cognitive and self-regulative career development theories (Abele, 2002; Lent et al., 1994), postulates that gender, person-related factors, occupational factors and factors of the personal life situation influence career development. Further it is assumed that the aspired to relationship between professional and non-professional life areas is related to career development. The present research is part of a broader prospective study on career development of young physicians at the Department of Psychosocial Medicine at the University Hospital of Zurich. The participants, two cohorts of medical students of the three Universities in the German-speaking part of Switzerland Basel, Bern and Zurich, were investigated by questionnaire for the first time during their last year of medical studies and then every two years during their postgraduate training. The present study is based on data of the first (T1, 2001), the third (T3, 2005) and the fourth (T4, 2007) survey. The sample of the present study consists of 156 physicians, 85 males (54.5%) and 71 females (45.5%) with an average age of 33 years. Of the participants, 112 (71.8%) pursue a postgraduate training in specialties of internal medicine, 44 (28.2%) in surgical specialties. As anticipated, gender plays an important role in career development. Young female and male physicians differ in specialty choice and career success: male physicians prefer surgical specialties and show higher objective and subjective career success than female physicians. The specialty aspired to is predicted by the person-related factors instrumentality and extraprofessional motivation, instrumentality increasing the probability of choosing surgical specialties, and extraprofessional motivation reducing it. The stability of specialty choice is predicted by the occupational factor mentoring. Predictors of objective career success are extrinsic career motivation and mentoring, predictors of subjective career success are instrumentality and mentoring. Parenthood as a factor of the personal life situation does not influence career success: the expected negative effect of parenthood on career success in women has not been confirmed. Aims concerning the future emphasis on professional and non-professional life areas are related to specialty choice and career success. Participants planning to prioritise their career development in the near future are more likely to aspire to surgical specialties; participants planning to reduce their work engagement as soon as they have children are more likely to aspire to a specialty in internal medicine. Career success is higher in participants

planning to prioritise their career development in the near future. The results of the present study show that female and male physicians choose different medical specialties after graduating from medical school. Female physicians seem to anticipate difficulties in balancing career and family and chose surgical specialties less frequently. They put a higher emphasis on non-professional areas of life than men and are less career-oriented than male physicians. As mentoring is an important factor for career success, young physicians should be advised about the importance of mentors early in their specialty training. Female physicians in particular should be encouraged to strive actively for mentoring relationships.

1 Einleitung

Im Leben der meisten Männer und Frauen unserer Gesellschaft nimmt die Berufstätigkeit eine zentrale Stellung ein. Dies widerspiegelt sich beispielsweise darin, dass bei jungen Erwachsenen berufliche Ziele zu den am häufigsten genannten persönlichen Zielen gehören (Stief, 2001; Wiese, 2000). Berufstätigkeit sowie beruflicher Erfolg haben eine wichtige ökonomische Funktion, indem sie das Einkommen sichern, und sie bestimmen weitgehend den sozialen Status einer Person. Zudem spielt die Berufstätigkeit eine wichtige Rolle für das psychische und physische Wohlbefinden, was bei Untersuchungen zur Arbeitslosigkeit deutlich wird (McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005). Aufgrund des hohen Stellenwerts von Berufstätigkeit und beruflichem Erfolg in der Lebensplanung und Lebensgestaltung von Menschen ist die Laufbahnentwicklung ein wichtiges Forschungsgebiet der Psychologie, aber auch anderer Disziplinen wie etwa der Soziologie. Die psychologische Laufbahnforschung widmet sich der Erforschung des Verlaufs und der Determinanten der beruflichen Entwicklung. Neuere Theorien zur Laufbahnentwicklung schreiben Personen eine aktive Rolle bei der Gestaltung der Entwicklung zu (Abele, 2002; Lent, Brown & Hackett, 1994). Sie konzipieren die berufliche Entwicklung als Ergebnis von zielgerichteten Handlungen. Dabei besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Laufbahnentwicklung durch multiple Faktoren bestimmt wird, welche in der Person selbst wie auch in den äusseren Rahmenbedingungen verankert sind. Zu den äusseren Rahmenbedingungen gehört das berufliche Umfeld, aber auch die private Lebenssituation. Die berufliche Entwicklung verläuft nicht losgelöst von ausserberuflichen Lebensbereichen. Sie steht in wechselseitiger Beziehung mit weiteren Rollen, welche Menschen neben der Berufstätigkeit in ihrem Leben einnehmen, beispielsweise im Rahmen einer Partnerschaft oder als Eltern (Super, 1994). Gerade im jungen Erwachsenenalter ist die Koordination von Berufs- und Privatleben eine anspruchsvolle Aufgabe (Wiese & Freund, 2000). Berufliche und ausserberufliche Rollen können das Leben bereichern, aber auch belasten, wenn sie in Bezug auf Zeit und Energie miteinander in Konflikt stehen. Die Laufbahnentwicklung findet also in einem Spannungsfeld zwischen Person, beruflichem Umfeld und privater Lebenssituation statt.

Laufbahn in der Medizin

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten während der Facharztweiterbildung. Die Laufbahnentwicklung von Medizinerinnen

und Medizinerinnen verläuft zu Beginn in mehrheitlich vorgegebenen Bahnen. Nach einem sechsjährigen Universitätsstudium absolvieren die meisten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz eine Weiterbildung zum Erwerb eines eidgenössisch anerkannten Facharzttitels. Je nach Fachgebiet dauert die Weiterbildung mindestens fünf bis sechs Jahre und findet grösstenteils in Spitälern statt. Die Weiterbildungszeit bildet eine entscheidende Etappe in der medizinischen Laufbahn. Nach einem einheitlichen Studium für alle zukünftigen Ärztinnen und Ärzte werden im Verlaufe der Weiterbildung die Weichen für unterschiedliche medizinische Laufbahnwege gestellt, nicht nur bezüglich des Fachgebiets, sondern auch bezüglich der Art der beruflichen Laufbahn. Die Grundsteine für eine erfolgreiche klinische Laufbahn mit hierarchischem Aufstieg oder für eine akademische Laufbahn werden während der Facharztweiterbildung gelegt.

Während die Medizin lange Zeit ein von Männern dominiertes Berufsfeld war, sind seit Mitte der Neunzigerjahre in der Schweiz mehr als die Hälfte der Medizinstudierenden Frauen (Buddeberg-Fischer & Ackermann-Liebrich, 2004). Als Folge der Zunahme der Medizinabsolventinnen steigt der Anteil der praktizierenden Ärztinnen langsam an und es zeichnet sich eine zunehmende Feminisierung der Medizin ab. Dabei ist in der Medizin wie auch in anderen Berufen eine geschlechtsspezifische horizontale und vertikale Arbeitsmarktsegregation zu beobachten (Wetterer, 1993). Frauen und Männer bevorzugen unterschiedliche medizinische Fachbereiche, und Frauen sind in hierarchisch höheren oder prestigeträchtigeren Positionen anteilmässig untervertreten. Wer sich früher für den Arztberuf entschied, entschied sich meist auch dafür, dass der Beruf in der individuellen Lebensgestaltung auf Kosten von Familien- und Freizeit einen grossen Raum einnahm. Heute dagegen räumen junge Ärztinnen wie auch junge Ärzte ausserberuflichen Bereichen mehr Gewicht ein (Buddeberg-Fischer, Illés & Klaghofer, 2002). Die Aus- und Weiterbildungsdauer ist für Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit anderen akademischen Berufen besonders lang. Die Facharztweiterbildung findet in einer Lebensphase statt, in der auch wichtige private Projekte wie Partnerschaft und Familiengründung anstehen. Aufgrund der langen Aus- und Weiterbildungszeit und der hohen Anforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten in Spitälern stellt sich insbesondere den Ärztinnen verstärkt das Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familiengründung.

Ziele der vorliegenden Arbeit

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Feminisierung der Medizin, der geschlechtsspezifischen Arbeitsmarktsegregation und der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familiengründung durch die lange Weiterbildungszeit richtet diese Arbeit ein besonderes Augenmerk auf den Geschlechteraspekt. Sie hat das Ziel zu untersuchen, inwieweit sich die Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten heute unterscheidet und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Damit soll ein Beitrag zur Erklärung von Geschlechtsunterschieden bei der Laufbahnentwicklung geleistet werden. Ein zweiter Schwerpunkt der Arbeit liegt in Ergänzung zum Aspekt des Geschlechts auf der Analyse verschiedener Determinanten der Laufbahnentwicklung. Inwieweit haben personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und Faktoren der privaten Lebenssituation einen Einfluss auf die Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten? Auf diese Weise sollen Erkenntnisse zur relativen Relevanz von Einflussfaktoren unterschiedlicher Herkunftsbereiche für die Laufbahnentwicklung gewonnen werden. Es gibt Anzeichen dafür, dass Ärztinnen und Ärzte heute ihren Beruf teilweise weniger stark ins Zentrum ihres Lebens stellen als früher. Vor dem Hintergrund dieser Veränderungen ist das dritte Ziel dieser Arbeit zu untersuchen, inwieweit die angestrebte Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen – die so genannte Work-Life-Balance – und die Laufbahnentwicklung in Beziehung stehen. Mit dem Einbezug der angestrebten Work-Life-Balance soll ein Beitrag zum Verständnis der Relevanz der Gewichtung der beiden Lebensbereiche für die Laufbahnentwicklung geleistet werden.

Einbettung der Arbeit ins Karriereprojekt

Die vorliegende Arbeit ist Teil eines grösseren Forschungsprojekts zur Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte, welches an der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich seit dem Jahre 2000 durchgeführt wird. Es handelt sich dabei um die erste prospektive Untersuchung zur Laufbahnentwicklung von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Dieses Forschungsprojekt, im Folgenden als *Karriereprojekt* bezeichnet, hat das Ziel, verschiedene Aspekte der Laufbahnentwicklung sowie des Befindens von jungen Ärztinnen und Ärzten zu beschreiben sowie deren Determinanten zu untersuchen. Die Studienteilnehmenden stammen aus zwei Kohorten von Medizinstudierenden der drei Deutschschweizer Universitäten Basel, Bern und Zürich. Sie wurden erstmals im letzten

Studienjahr und dann jeweils im Abstand von rund zwei Jahren während ihrer Weiterbildungszeit befragt.

Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in fünf Teile gegliedert. Im ersten Teil (Kapitel 2) wird der theoretische Hintergrund der Arbeit erläutert. Zunächst wird auf psychologische Laufbahntheorien eingegangen. Danach werden Aspekte von Laufbahnerfolg, persönlichen Zielen im Rahmen der Laufbahnentwicklung sowie von Work-Life-Balance beschrieben und einzelne Determinanten der Laufbahnentwicklung vorgestellt. Weiter wird ein Überblick gegeben über Laufbahnmuster in der Medizin. Abschliessend wird das theoretische Modell dieser Arbeit ausgeführt. Im zweiten Teil (Kapitel 3) werden die Fragestellungen der Arbeit und die Hypothesen expliziert. Das methodische Vorgehen mit Studiendesign, Stichprobe, Instrumenten und Auswertungsmethoden wird im dritten Teil (Kapitel 4) erläutert. Im vierten Teil (Kapitel 5) werden die Ergebnisse der Arbeit beschrieben und im fünften Teil (Kapitel 6) von einer übergeordneten Perspektive aus diskutiert.

2 Theoretischer Hintergrund

Die Darstellung des theoretischen Hintergrunds der Arbeit ist in sieben Abschnitte gegliedert. In Kapitel 2.1 werden als Einstieg in das Thema der Laufbahnentwicklung psychologische Laufbahntheorien mit einem Schwerpunkt auf der sozialkognitiven Theorie von Lent et al. (1994) und dem Laufbahnmodell von Abele (2002) dargestellt. In Kapitel 2.2 folgt die Beschreibung der Konzeption von Laufbahnerfolg als wichtigem Ergebnis der beruflichen Entwicklung sowie der Beziehung zwischen objektivem und subjektivem Erfolg. Da die Laufbahnentwicklung als Resultat von zielgerichteten Handlungen verstanden werden kann, schliesst sich in Kapitel 2.3 die Darstellung der Konzeption von persönlichen Zielen und ihrer Inhalte im Kontext der Laufbahn an. Die berufliche Entwicklung findet nicht völlig unabhängig von anderen Lebensbereichen statt. Daher werden in Kapitel 2.4 Konzeptualisierungen der Work-Life-Balance sowie deren Determinanten und Konsequenzen beschrieben. In Kapitel 2.5 werden Determinanten der Laufbahnentwicklung und des Laufbahnerfolgs ausgeführt unter Einbezug von Geschlecht, personenbezogenen Faktoren und Faktoren des beruflichen und privaten Umfelds. In Kapitel 2.6 wird der Fokus auf die Medizin gerichtet. Es werden verschiedene Laufbahnwege in der Medizin, die Position von Frauen in der Medizin, Aspekte der Wahl der Facharztspezialisierung und Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit beschrieben. Abschliessend wird in Kapitel 2.7 das Arbeitsmodell für die vorliegende Untersuchung vorgestellt.

2.1 Theorien zur Laufbahnentwicklung

2.1.1 Begriffsdefinition und Stadien der Laufbahnentwicklung

Die Laufbahnentwicklung oder berufliche Entwicklung kann als Prozess verstanden werden, der sich fast über die gesamte Lebensspanne hinweg erstreckt. Laufbahn ist im Gegensatz zum Begriff der Karriere eine wertneutrale Beschreibung der beruflichen Entwicklung. Sie wird von Van Maanen und Schein (1977) definiert als „an organized path taken by an individual across time and space“ (S. 31). Laufbahn umfasst alle beruflichen Positionen und Rollen, die eine Person im Laufe der Zeit in verschiedenen Arbeitssituationen einnimmt. Dabei ist das Ergebnis offen, das heisst die Laufbahn kann erfolgreich sein oder auch nicht. Vom Begriff der Laufbahn kann der Begriff der Karriere abgegrenzt werden. Karriere hat im

Deutschen eine engere Bedeutung als Laufbahn und bezeichnet eine spezielle Art der beruflichen Entwicklung, nämlich den beruflichen und sozialen Aufstieg (vgl. z.B. Abele, 2002). Der englische Begriff *career* ist breiter gefasst und kann sowohl die Bedeutung von Laufbahn als auch von Karriere haben (Van Maanen & Schein, 1977). Van Maanen und Schein (1977) beschreiben die Laufbahnentwicklung als einen lebenslangen Prozess der Vereinbarung von individuellen Bedürfnissen und Zielen mit den Anforderungen und Möglichkeiten des externen Arbeitsumfelds einer Gesellschaft.

Innerhalb der beruflichen Laufbahn können vier Hauptstadien der Laufbahnentwicklung unterschieden werden: Exploration oder Vorbereitung auf das Berufsleben, Etablierung, Erhaltung und Rückzug (zusammenfassend Seifert, 1988; Van Maanen & Schein, 1977). Das erste Stadium, die Exploration, erstreckt sich auf das Jugend- und frühe Erwachsenenalter. In dieser Phase muss sich die Person klar werden über ihre beruflichen Präferenzen und sich für einen Beruf, eine Ausbildung oder ein Studium entscheiden. So steht die Wahl eines Berufs und einer Ausbildung am Beginn jeder beruflichen Laufbahn. Darauf folgt das Stadium der Etablierung im jungen bis mittleren Erwachsenenalter. In dieser Phase steigt eine Person ins reguläre Erwerbsleben ein. Sie strebt nach einer Position, welche ihren Fähigkeiten, Interessen und Zielen entspricht, etabliert sich in ihrem Berufsfeld, steigt auf und entwickelt sich beruflich weiter. Als Nächstes folgt das Stadium der Erhaltung im mittleren bis späteren Erwachsenenalter. In dieser Phase sichert eine Person ihren beruflichen Status und übernimmt vermehrt Aufgaben im Rahmen des Weitergebens von Wissen und Erfahrung, beispielsweise in der Funktion eines Mentors. Schliesslich folgt das Stadium des Abbaus respektive der Loslösung mit dem Rückzug aus dem Berufsleben durch die Pensionierung. Hall (2002) stellte die Frage, ob diese traditionellen Lebens- und Laufbahnstadien heute noch relevant sind, und kam zur Antwort ja und nein. Er argumentierte, dass Laufbahn- und Lebensstadien immer noch von Relevanz für die berufliche Entwicklung sind, dass es jedoch heute komplexere Interaktionen und Überlappungen gibt. Nach wie vor kann bei der Laufbahnentwicklung ein Beginn und ein Ende identifiziert werden, und demzufolge gibt es auch eine mittlere Phase. Doch die Laufbahn ist heute durch viele berufliche Rollenübergänge charakterisiert. Innerhalb dieser einzelnen Rollen läuft wieder ein Prozess der Exploration der neuen Rolle, der Etablierung, der Beherrschung und dann der Exploration von neuen Rollen ab. So kann eine Person im jungen Erwachsenenalter in ein neues Berufsfeld einsteigen, gleichermassen aber auch eine Person im mittleren Erwachsenenalter. Was die Lebensphasen

anbelangt, sind nach Hall (2002) Heirat und vor allem Elternschaft wichtige verbleibende Statusübergänge im Erwachsenenalter, und das Verhalten einer Person ist weniger vom Lebensalter als vom Stadium der Familienentwicklung und vom Laufbahnstadium geprägt.

2.1.2 Psychologische Laufbahntheorien: eine Übersicht

Die Laufbahnentwicklung ist charakterisiert durch eine Vielfalt von Inhalten und Prozessen und ein komplexes Zusammenspiel von psychologischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen (Seifert, 1988). Diese Vielfältigkeit und Komplexität führte zu einer Ausarbeitung einer Vielzahl von psychologischen Theorien zur Berufswahl und beruflichen Entwicklung. Bis heute gibt es keine umfassende, allgemein anerkannte Theorie. Einigkeit besteht jedoch weitgehend darüber, dass Person und Arbeitsumwelt in wechselseitiger Beziehung stehen (Hoff, 2005). Die psychologischen Laufbahntheorien können grob unterteilt werden in Theorien, bei welchen der Passungsgesichtspunkt im Zentrum steht, direkt entwicklungsbezogene Theorien und Theorien mit sozialkognitiven und selbstregulativen Konzepten. Passungstheorien konzipieren die Berufswahl als Zuordnung von Personen zu Berufen, welche deren psychologischen oder sozialen Merkmalen entsprechen (Seifert, 1988). Die einflussreichste Passungstheorie ist die Kongruenztheorie von Holland (1997). Die Hauptidee der Theorie ist, dass Personen bei der Berufswahl eine berufliche Umwelt suchen, die zu ihrer Persönlichkeit passt und die es ihnen ermöglicht, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten anzuwenden. Nach Holland (1997) können Menschen sechs Persönlichkeitstypen zugeordnet werden (realistisch, forschend, künstlerisch, sozial, unternehmerisch oder konventionell), die ihrerseits sechs Arten von Umwelten entsprechen. Das berufliche Verhalten wird als Ergebnis der Interaktion zwischen Persönlichkeit und Umwelt konzipiert, und so erlaubt die Kenntnis der individuellen Persönlichkeit Prognosen über Ergebnisse wie Berufswahl, Berufswechsel und Berufserfolg.

Entwicklungstheoretische Ansätze haben sich in kritischer Auseinandersetzung mit den Grundannahmen des differenzial-psychologischen Zuordnungsmodells entwickelt (Seifert, 1988). Weg von der Konzeption der Berufswahl als einmaliger Entscheidung wird in diesen Ansätzen die berufliche Entwicklung als Prozess verstanden. Wichtige Theorien dieses Typs sind die Laufbahntheorien von Super (1994) und von Gottfredson (2002). Super (1994) konzipiert die individuelle berufliche Entwicklung als einen lebenslangen kontinuierlichen

und erfahrungsabhängigen psychosozialen Entwicklungsprozess. Das berufliche Verhalten einer Person wird als Ergebnis der bisherigen Erfahrungen, der persönlichen Entwicklung und der Interaktion zwischen sozialen Erwartungen und Anforderungen, den individuellen Präferenzen und Kompetenzen sowie den gegebenen beruflichen Möglichkeiten verstanden. Gottfredson (2002) geht in ihrer Theorie davon aus, dass Personen diejenigen Berufsalternativen bevorzugen, welche mit ihrem Selbstkonzept in den Dimensionen Geschlechtstyp, Prestige und Anforderungen sowie Tätigkeitsbereich übereinstimmen. Während eines Eingrenzungsprozesses werden von der Person laufend inakzeptable Berufsalternativen eliminiert und anschliessend während eines Kompromissprozesses diejenigen der bevorzugten Berufsalternativen ausgeschlossen, welche wegen Hindernissen nicht erreichbar scheinen.

Im Gegensatz zu den Passungstheorien, die von einem eher passiven Menschenbild ausgehen, schreiben Laufbahntheorien mit sozialkognitiven und selbstregulativen Konzepten Personen eine aktive Rolle bei der Gestaltung der beruflichen Entwicklung zu. Sie konzipieren diese als Ergebnis von zielgerichteten Handlungen. Hall (2002) weist darauf hin, dass es im heutigen turbulenten, komplexen und anforderungsreichen beruflichen Umfeld umso wichtiger ist, dass Personen ihre Laufbahnentwicklung selbst aktiv in die Hand nehmen und planen. Zwei Theorien mit sozialkognitiven und selbstregulativen Konzepten sind die Laufbahntheorie von Lent et al. (1994) und das Modell zur beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002), welche in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

2.1.3 Sozialkognitive Laufbahntheorie von Lent, Brown und Hackett (1994)

Lent et al. (1994) erarbeiteten eine sozialkognitive Laufbahntheorie mit dem Ziel zu erklären, wie sich Laufbahninteressen und akademische Interessen entwickeln, wie Laufbahn-relevante Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden und wie Leistungsergebnisse erreicht werden. Bei der Formulierung ihrer Theorie stützten sie sich vor allem auf die sozialkognitive Theorie von Bandura (1986) und adaptierten sie auf die Laufbahnentwicklung. Zur Erklärung der verschiedenen Prozesse erstellten sie drei Modelle, wobei das Modell zur Laufbahnwahl (*model of career choice*) von besonderem Interesse für diese Arbeit ist. Das Modell bezieht sich vor allem auf die Phase des Beginns der beruflichen Laufbahn mit Laufbahnwahl und

deren Umsetzung, wobei die Autoren davon ausgehen, dass die postulierten Einflussfaktoren auch zu einem späteren Zeitpunkt der Laufbahnentwicklung wirksam sind. Ein zentrales Element des Modells, welches in Abbildung 1 zu sehen ist, sind die Laufbahnziele. Die Autoren konzipieren diese als Absicht, eine bestimmte Handlung oder eine Aufeinanderfolge von Handlungen auszuüben. Die Absicht, Arzt oder Ärztin zu werden oder eine Facharztweiterbildung in einem bestimmten Bereich abzuschliessen, sind Beispiele solcher Laufbahnziele. Ziele werden direkt beeinflusst von Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung, Interessen und Kontextfaktoren. Selbstwirksamkeit, als Einschätzung der eigenen Fähigkeit, bestimmte Verhaltensweisen zum Erreichen eines Ziels ausführen zu können (Bandura, 1986), und Ergebniserwartung als persönliches Überzeugtsein von wahrscheinlichen Handlungsergebnissen (Bandura, 1986) beeinflussen die Laufbahnziele sowohl direkt als auch indirekt über die Interessen. Die Fähigkeiten einer Person wurden nicht ins Modell aufgenommen. Die Autoren begründen dies damit, dass der Einfluss der Fähigkeiten über die Selbstwirksamkeit vermittelt wird und darum eine direkte Integration der Fähigkeiten ins Modell nicht nötig ist. Interessen definieren die Autoren als Muster von Vorlieben, Abneigungen und Gleichgültigkeit hinsichtlich berufs- und Laufbahn-relevanter Aktivitäten und Tätigkeiten. Die Kontextfaktoren werden einerseits konzipiert als Gelegenheitsstrukturen wie zum Beispiel Verfügbarkeit von Arbeitsstellen, ökonomische Bedingungen und Laufbahnbarrieren. Andererseits umfassen sie Unterstützungssysteme hinsichtlich finanzieller, emotionaler und instrumenteller Aspekte. Die Autoren erachten es als wichtig, neben Gelegenheitsstrukturen und allfälligen Umweltbarrieren auch dem Aspekt der im Umfeld vorhandenen Ressourcen und Unterstützungsfaktoren Aufmerksamkeit zu schenken (Lent, Brown & Hackett, 2000). Einen indirekten Einfluss auf die Laufbahnziele üben gemäss Modell Geschlecht und weitere soziodemographische sowie personenbezogene Eigenschaften aus (Lent et al., 1994). Die Autoren präzisieren jedoch, dass personenbezogene Eigenschaften, berufsbezogene Lernerfahrungen und Kontextfaktoren in einer wechselseitigen Beziehung mit den anderen Einflussfaktoren stehen und dass sie einen indirekten, einen moderierenden oder einen direkten Einfluss auf Ziele sowie Umsetzungsverhalten haben können. Die Autoren schätzen, dass ihr Modell ein grosses Potential birgt für die Untersuchung der Laufbahnentwicklung von spezifischen Gruppen wie beispielsweise von Frauen. Sie schlagen vor, dabei den Kontextfaktoren besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

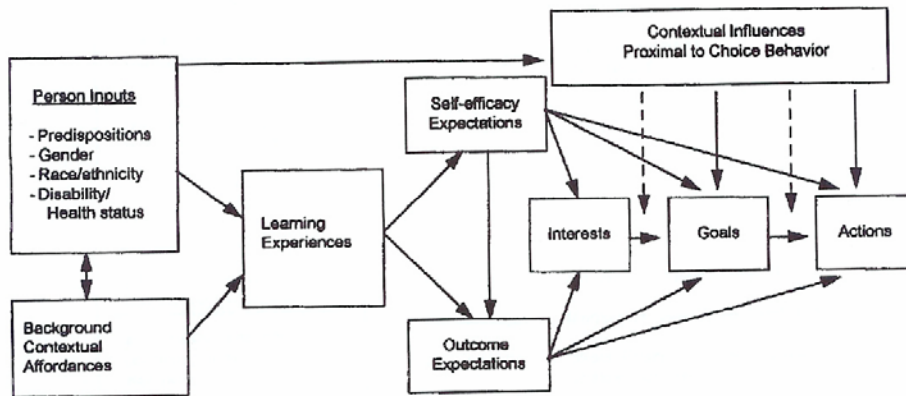


Abbildung 1: Modell der Laufbahnwahl von Lent et al. (2000, S. 37)

Das Modell von Lent et al. (1994) generierte eine intensive Forschungstätigkeit (Brown, 2002). Die bisherige Forschung konnte die postulierten Zusammenhänge zwischen Interessen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Erfolgserwartungen und Laufbahnzielen bestätigen, wobei der Fokus der Forschung vor allem auf der Selbstwirksamkeit lag (Lent, 2005). Die Laufbahnbarrieren wurden mit einer Skala von 23 Items zu negativen sozialen oder familiären Einflüssen hinsichtlich der angestrebten Laufbahn und zur finanziellen Belastung erhoben, Unterstützung anhand einer Skala mit 15 Items zu sozialer Unterstützung, Zugang zu Rollenmodellen, Mentoren und finanziellen Ressourcen (Lent et al., 2001; Lent et al., 2003). Bei Untersuchungen zu Barrieren und Unterstützung im Rahmen der Kontextfaktoren zeigte sich, dass diese eher indirekt über die Selbstwirksamkeit als direkt auf Laufbahnziele und Laufbahnverhalten wirken.

2.1.4 Modell zur beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002)

Das Modell zur beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002) ist auf die Zeit nach der Berufsausbildung ausgerichtet. Es ist in sozialkognitiven und handlungstheoretischen Theorien verankert und schliesst neben der beruflichen Laufbahn auch das Privatleben mit ein. Im Zentrum des Modells (vgl. Abbildung 2) stehen Erwartungen und Ziele, welche das Handeln einer Person beeinflussen und in Handlungsergebnissen wie Erfolg, Wohlbefinden und Zufriedenheit resultieren. Das Konstrukt der Erwartungen ist analog zur sozialkognitiven Theorie von Bandura (1986) unterteilt in Selbstwirksamkeitserwartungen und Ergebniserwartungen. Bei den Zielen werden drei Klassen unterschieden. Die erste Klasse

umfasst berufliche Ziele, unterteilt in Lern- beziehungsweise Wachstumsziele, die sich auf den Anreiz in der Tätigkeit selbst beziehen, wie beispielsweise sich durch Aufgaben weiterzuentwickeln, und in berufliche Karriere- beziehungsweise Ergebnisziele, die sich auf den Anreiz im Ergebnis beziehen, wie zum Beispiel viel Geld zu verdienen. Die zweite Klasse umfasst Beziehungsziele wie Liebe, Freundschaft und soziale Beziehungen, und die dritte Klasse beinhaltet Abwechslungsziele wie Freizeit, Abwechslung, Spass, Unterhaltung. Die Autorin geht davon aus, dass Erwartungen und Ziele sich gegenseitig beeinflussen. Beim Handlungsergebnis Laufbahnerfolg wird unterschieden zwischen subjektivem und objektivem Laufbahnerfolg. Der subjektive Laufbahnerfolg wird konzipiert als Karrierezufriedenheit, Arbeitszufriedenheit oder als eine Einschätzung des eigenen Erfolgs hinsichtlich bestimmter Standards. Der objektive Laufbahnerfolg wird konzipiert als Erfolg hinsichtlich eines objektiven Masses wie beispielsweise Einkommen oder beruflicher Status innerhalb der Hierarchie eines Unternehmens. Die Handlungsergebnisse Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden bzw. Gesundheit machen deutlich, dass das Modell neben der beruflichen Entwicklung den gesamten Lebenskontext einer Person einbezieht.

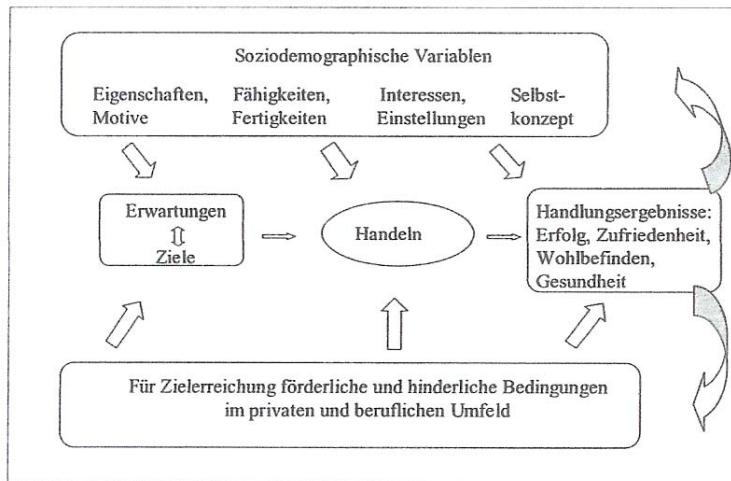


Abbildung 2: Modell der beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002, S. 111)

Erwartungen, Ziele, Handeln und Handlungsergebnisse im Zentrum des Modells werden beeinflusst durch verschiedene Personenvariablen und Umweltbedingungen. Der Einbezug von Personenvariablen und Umweltbedingungen widerspiegelt die interaktionistische Sichtweise des Modells. Die Variablen der Person umfassen soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Bildungsstatus, Schichtzugehörigkeit, Familienstand und Elternschaft,

dann Eigenschaften und Motive, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Interessen und Einstellungen sowie das Selbstkonzept, und hier insbesondere das geschlechtsrollenspezifische Selbstkonzept. Dieses beinhaltet eine allgemeine Einschätzung in Bezug auf Eigenschaften, welche in unserer Gesellschaft als typisch männlich oder typisch weiblich gelten (Alfermann, 1996). Die Umweltvariablen werden in private und in berufsbezogene unterteilt, wobei diese die Zielverfolgung entweder begünstigen oder erschweren können. Laufbahnförderliche Umweltbedingungen sind beispielsweise günstige Arbeitsmarktbedingungen und Unterstützung bei der beruflichen Arbeit, erschwerende Bedingungen sind beispielsweise Benachteiligung am Arbeitsplatz und hohe familiäre Belastung.

Das Modell von Abele (2002) wurde im Rahmen von zwei Längsschnittstudien zur Laufbahnentwicklung von Akademikerinnen und Akademikern empirisch überprüft. In der Längsschnittstudie BELA-E wurden zwei Kohorten von Akademikern und Akademikerinnen aller Fachrichtungen seit dem Abschluss ihres Examens in ihrer beruflichen Entwicklung begleitet (vgl. z.B. Abele, 2005). In der zweiten Längsschnittstudie wurde die berufliche Entwicklung von Mathematikerinnen und Mathematikern analysiert (vgl. z.B. Abele & Krüsken, 2003). Verschiedene der im Modell postulierten Beziehungen konnten in den beiden Längsschnittstudien nachgewiesen werden. Es zeigte sich beispielsweise ein signifikanter Einfluss von Instrumentalität, dem maskulinen beziehungsweise agentischen Aspekt des geschlechtsrollenspezifischen Selbstkonzepts, Selbstwirksamkeitserwartung, Karriere- und Wachstumszielen auf den später erhobenen subjektiven und objektiven Laufbahnerfolg (Abele, 2004).

2.2 Laufbahnerfolg

2.2.1 Konzeption von Laufbahnerfolg

Im Alltag wird der Begriff des Erfolgs im beruflichen Kontext häufig gebraucht und in Verbindung gebracht mit hoher hierarchischer Position, Prestige, Macht, Bekanntheit und einem hohen Einkommen. Die Ansichten darüber, was Erfolg genau ist, unterscheiden sich jedoch. Auch in der Wissenschaft gibt es keine einheitliche Definition von Laufbahnerfolg. Ganz allgemein kann Laufbahnerfolg nach Judge, Higgins, Thoresen & Barrick (1999) definiert werden als „the real or perceived achievements individuals have accumulated as a result of their work experiences“ (S. 621). Laufbahnerfolg bezieht sich also auf das, was

Menschen im Laufe ihres Arbeitslebens erreicht haben. In dieser Definition wird jedoch bereits eine Dualität sichtbar, nämlich zwischen realen objektiven und wahrgenommenen subjektiven Leistungen.

Eine geläufige Differenzierung beim Laufbahnerfolg ist die Unterscheidung zwischen objektivem und subjektivem Erfolg. Der objektive Erfolg bezieht sich auf eine Einschätzung des Erfolgs anhand von äusseren, nachweisbaren Kriterien (vgl. z.B. Heslin, 2005; Van Maanen & Schein, 1977). Im Kontext der Laufbahn spielt jedoch nicht nur die Aussenperspektive, sondern auch die Sicht der Person selbst eine wichtige Rolle. Diese Komponente wird vom subjektiven Erfolg abgedeckt, der sich im Gegensatz zum objektiven Erfolg auf eine Selbsteinschätzung des Erfolgs anhand von inneren, persönlichen und individuellen Kriterien bezieht (vgl. z.B. Heslin, 2005; Van Maanen & Schein, 1977). Der objektive Erfolg wird am häufigsten operationalisiert über Gehalt und Status respektive hierarchische Position (vgl. Dette, Abele & Renner, 2004; Heslin, 2005). Dabei kommen neben statischen Massen wie dem aktuellen Zustand hinsichtlich der erreichten Position und des Gehalts auch dynamische Masse wie die Anzahl der Beförderungen und die Gehaltsentwicklung über einen bestimmten Zeitraum hinweg zum Einsatz. Die erwähnten Masse sind jedoch mit verschiedenen Nachteilen verbunden. Lohn und Status sind über verschiedene Berufe hinweg schlecht vergleichbar. Zudem gibt es Tätigkeitskontexte, in welchen der Lohn institutionalisiert ist und in geringem Masse von der Leistung einer Person abhängt, und Berufe, in welchen es kaum Aufstiegschancen gibt. Die traditionellen Kriterien Einkommen und Status sind zudem je nach Tätigkeit nicht die einzigen relevanten objektiven Kriterien des Erfolgs. Bei Wissenschaftlern sind beispielsweise Anzahl Publikationen und erworbene Forschungsgelder objektive Kriterien des Erfolgs. Diesen Schwierigkeiten kann in Untersuchungen nach Anregung von Dette et al. (2004) und Heslin (2003; 2005) begegnet werden, indem einerseits auf die entsprechende Berufsgruppe abgestimmte objektive Masse erhoben werden und andererseits statt eines einzelnen Erfolgsmasses ein Erfolgsindex bestehend aus mehreren objektiven Indikatoren eingesetzt wird.

Bei der Operationalisierung des subjektiven Erfolgs kann wie von Heslin (2003; 2005) vorgeschlagen je nach Bezugspunkt unterschieden werden zwischen einer selbstbezogenen (self-referent) und einer auf andere bezogenen (other-referent) Einschätzung. Bei der selbstbezogenen Einschätzung geht es um eine Einstufung des eigenen Erfolgs anhand von

persönlichen Standards und Zielen. Diese können sich sowohl auf objektive Kriterien wie persönliche Ziele hinsichtlich Entlohnung und Beförderungen als auch auf subjektive Kriterien wie Erfüllung durch die Arbeit oder Ziele hinsichtlich der eigenen Work-Life-Balance beziehen (Heslin, 2005). Häufig wird der selbstbezogene Aspekt des subjektiven Erfolgs operationalisiert durch Arbeitszufriedenheit und Laufbahnzufriedenheit (vgl. Dette et al., 2004; Heslin, 2003). Die Arbeitszufriedenheit eignet sich jedoch nur bedingt zur Erfassung des subjektiven Laufbahnerfolgs, da die Zufriedenheit hinsichtlich einer aktuellen Tätigkeit nicht gezwungenermassen mit der Zufriedenheit bezüglich der Laufbahnentwicklung insgesamt übereinstimmt. Die Laufbahnzufriedenheit wird oft anhand der Laufbahnzufriedenheitsskala von Greenhaus, Parasuraman und Wormley (1990) operationalisiert. Ein Nachteil der Einschätzung des subjektiven Erfolgs mittels einer vorgegebenen Skala ist, dass die Bereiche für die Beurteilung vorgegeben sind. Es geht also beispielsweise darum, die eigene Zufriedenheit bezüglich des Fortschritts bei der Erreichung der eigenen Ziele im Bereich der Entwicklung von neuen Fertigkeiten zu beurteilen. Heslin (2005) und Arthur, Khapova und Wilderom (2005) argumentieren, dass für die Erfassung des subjektiven Erfolgs Wissen darüber nötig ist, was den Personen in Bezug auf ihre Laufbahn überhaupt wichtig ist. Das kann sich zwischen Personengruppen je nach Berufsfeld, Laufbahnstadium und Geschlecht unterscheiden. Zwei Möglichkeiten zur Gewinnung dieses Wissens sind, Personen offen nach ihren persönlichen Zielen zu fragen (z.B. Stief, 2001; Wiese, 2000) oder sie um eine Einschätzung der Relevanz verschiedener vorgegebener Laufbahn-bezogener Aspekte zu bitten (z.B. Finegold & Mohrman, 2001).

Bei der auf andere bezogenen Einschätzung des subjektiven Erfolgs geht es um eine Einstufung des eigenen Laufbahnerfolgs im Vergleich zum Erfolg von relevanten anderen Personen (Heslin, 2003; 2005). Gemäss der sozialen Vergleichstheorie von Festinger (1954) haben Menschen das Bedürfnis, sich hinsichtlich ihrer Leistung einzuschätzen, und wenn dafür objektive Informationen fehlen, schätzen sie sich anhand eines Vergleichs mit anderen, ähnlichen Personen ein. Wie eine Untersuchung von Heslin (2003) zeigte, erfolgt die Einschätzung des eigenen Erfolgs oft durch soziale Vergleichsprozesse. Die Studienteilnehmenden, 71 Teilzeitstudierende eines MBA-Studiengangs, wurden in einer offenen Frage nach der Grundlage gefragt, anhand welcher sie ihren Erfolg einschätzten. Von den Befragten gaben 68% Begründungen an, die sich auf Vergleiche mit anderen bezogen, und insgesamt 39% aller gegebenen Begründungen bezogen sich auf Vergleiche mit anderen.

Eine mit anderen Personen vergleichende Einschätzung des Erfolgs scheint also ein wichtiges Element der Erfassung des Laufbahnerfolgs zu sein. Wie die selbstbezogene Einschätzung des subjektiven Erfolgs kann sich auch die auf andere bezogene Einschätzung auf objektive Kriterien wie Lohn und Status oder subjektive Kriterien wie die eigene Freude an der Arbeit im Vergleich mit Kollegen beziehen (Heslin, 2005).

Während die traditionelle Laufbahnforschung meist den objektiven Laufbahnerfolg fokussierte, wurde in den letzten Jahren immer mehr auch der subjektive Erfolg für ein umfassenderes Verständnis des Erfolgs in Untersuchungen einbezogen, und zwar einerseits operationalisiert als selbstbezogene Einschätzung wie die der Laufbahnzufriedenheit (z.B. Judge, Cable, Boudreau & Bretz, 1995; Seibert & Kraimer, 2001) und andererseits als Einschätzung des eigenen Erfolgs im Vergleich mit relevanten anderen Personen, beispielsweise Arbeits- oder Studienkolleginnen und -kollegen (z.B. Abele & Wiese, in press; Heslin, 2003; Kirchmeyer, 1998). In Tabelle 1 sind im Überblick die verschiedenen Konzeptualisierungen von Laufbahnerfolg mit Beispielen dargestellt.

Tabelle 1: Verschiedene Konzeptualisierungen von Laufbahnerfolg im Überblick

Objektiver Laufbahnerfolg	Subjektiver Laufbahnerfolg	
	Other-referent	Self-referent
- Einkommen	- mein Einkommen im Vergleich zu anderen	- mein Einkommen im Vergleich zu meinen Zielen
- hierarchische Position	- meine Position im Vergleich zu anderen	- meine Position im Vergleich zu meinen Zielen
	- meine Freude an der Arbeit im Vergleich zu anderen	- meine Freude an der Arbeit im Vergleich zu meinen Zielen
		- meine Work-Life-Balance im Vergleich zu meinen Zielen

2.2.2 Beziehung zwischen objektivem und subjektivem Erfolg

Verschiedene Arbeiten befassten sich konzeptuell und empirisch mit der Analyse der Beziehung zwischen objektivem und subjektivem Erfolg. Objektiver und subjektiver Erfolg können, aber müssen nicht übereinstimmen. Eine nach äusseren Kriterien erfolgreiche Person schätzt sich selbst unter Umständen anhand subjektiver Kriterien nicht als erfolgreich ein, weil sie beispielsweise ihre persönlichen Laufbahnziele oder das subjektive Ziel einer

befriedigenden Vereinbarung von Berufs- und Privatleben nicht erreicht hat. Auch die umgekehrte Situation ist denkbar: Eine nach objektiven Kriterien nicht besonders erfolgreiche Person schätzt ihre Laufbahn nach ihren persönlichen Kriterien als erfolgreich ein, weil sie das erreicht hat, was ihr wichtig ist. Gemäss Nicholson und De Waal-Andrews (2005) handelt es sich beim subjektiven Erfolg um eine persönliche Bewertung des objektiven Erfolgs. Dabei postulieren sie zwei Wirkungsweisen: Der subjektive Erfolg ist entweder die Antizipation von zukünftig erwartetem objektivem Erfolg oder er ist eine direkte Folge des objektiven Erfolgs. Folglich verdient der objektive Erfolg aus ihrer Sicht die grössere Aufmerksamkeit. Nun gibt es jedoch nicht nur Personen, bei welchen objektiver Erfolg und subjektive Zufriedenheit übereinstimmen, sondern auch objektiv nicht erfolgreiche zufriedene sowie objektiv erfolgreiche unzufriedene Personen. Nicholson und De Waal-Andrews (2005) sind der Meinung, dass nicht erfolgreiche zufriedene Personen durch Selbstregulation eine positive Wahrnehmung ihres Erfolgs aufrechterhalten. Im Gegensatz dazu sind objektiv erfolgreiche Personen möglicherweise darum unzufrieden, weil sie sich selbst noch anspruchsvollere Ziele setzen, oder weil das Erreichen ihres objektiven Erfolgs verbunden war mit Einbussen in ausserberuflichen Lebensbereichen. Hall und Chandler (2005) postulieren im Gegensatz zu Nicholson und De Waal-Andrews (2005), dass die objektive und subjektive Sichtweise gleichberechtigte Komponenten des Erfolgs sind. Sie sind der Meinung, dass insbesondere aufgrund der aktuellen Veränderungen im Arbeitsmarkt und der Tatsache, dass Personen heute in ihrer Laufbahnentwicklung weniger abhängig von einer bestimmten Organisation sind als früher, die subjektive Sichtweise des Erfolgs eine notwendige Ergänzung der objektiven Sichtweise ist. Sie gehen davon aus, dass objektiver und subjektiver Erfolg in einer gegenseitigen Abhängigkeit stehen, dass es jedoch bestimmte Situationen gibt, in welchen die Erfolgseinschätzungen klar auseinandergehen können. Eine wichtige Rolle spielen hier Lernzyklen und Laufbahnübergänge. So kann eine kürzlich beförderte und somit objektiv erfolgreiche Person sich selbst als nicht erfolgreich wahrnehmen, weil sie mit den neuen Aufgaben noch nicht vertraut ist und sich unsicher fühlt. Auch Arthur et al. (2005) postulieren eine gegenseitige Wechselwirkung zwischen subjektivem und objektivem Erfolg und betonen dabei den zeitlichen Aspekt.

Zu welchen Ergebnissen kommen nun empirische Untersuchungen? Dette et al. (2004) und Ng, Eby, Sorensen und Feldman (2005) untersuchten den Zusammenhang zwischen objektivem und subjektivem Erfolg in Metaanalysen. Dette et al. (2004) fanden in ihrer

Analyse eine geschätzte Populationskorrelation von $r=.30$ zwischen dem subjektiven Aspekt des Laufbahnerfolgs, der Laufbahnzufriedenheit und dem objektiven Erfolg, gemessen anhand verschiedener objektiver Kriterien. Ng et al. (2005) stellten zwischen dem subjektiven Erfolgsaspekt der Laufbahnzufriedenheit und dem objektiven Aspekt des Lohnes eine gewichtete Korrelation von $r=.30$ fest, und zwischen Laufbahnzufriedenheit und Beförderungen eine gewichtete Korrelation von $r=.22$. In einer Stichprobe von 1265 Akademikern verschiedener Fachbereiche sieben Jahre nach Studienabschluss untersuchten Abele und Wiese (in press) den Zusammenhang zwischen objektivem Erfolg, gemessen an den Indikatoren Lohn, Delegationsbefugnisse, Projektverantwortung und Führungsposition, und zwei Aspekten des subjektiven Erfolgs, nämlich der Laufbahnzufriedenheit und dem im Vergleich zu anderen eingeschätzten Erfolg. Dabei zeigten sich eine Korrelation von $r=.22$ zwischen objektivem Erfolg und Laufbahnzufriedenheit und eine Korrelation von $r=.32$ zwischen objektivem Erfolg und dem im Vergleich zu anderen eingeschätzten subjektiven Erfolg. Der Zusammenhang zwischen dem objektiven Erfolg und dem subjektiven, im Vergleich mit anderen eingeschätzten Erfolg war also enger als der Zusammenhang zwischen objektivem Erfolg und Laufbahnzufriedenheit. Dies deutet darauf hin, dass zur vergleichenden subjektiven Einschätzung des eigenen Erfolgs objektive Erfolgsindikatoren herangezogen werden. Insgesamt wird also deutlich, dass objektiver Laufbahnerfolg und selbst- sowie fremdbezogen eingeschätzter subjektiver Laufbahnerfolg zusammenhängende Konzepte sind, die sich gegenseitig bei einer umfassenden Konzeptualisierung des Laufbahnerfolgs ergänzen. Bevor in Kapitel 2.5 die Determinanten des Laufbahnerfolgs beschrieben werden, wird die Aufmerksamkeit zuerst auf Laufbahnziele und Work-Life-Balance gerichtet.

2.3 Persönliche Ziele im Kontext der Laufbahn

Neuere Theorien aus der psychologischen Laufbahnforschung nehmen an, dass sich die Laufbahnentwicklung nicht passiv vollzieht, sondern dass Personen bei der Gestaltung dieser Entwicklung eine aktive Rolle spielen (Abele, 2002; Lent et al., 1994). Sie konzipieren die berufliche Entwicklung als Ergebnis von zielgerichteten Handlungen. So stehen persönliche Ziele im Zentrum dieser Theorien. Im Folgenden werden nun verschiedene Konzeptionen von Zielen und ihre Dimensionen vorgestellt und Inhalte von persönlichen Zielen im Kontext der Laufbahn erläutert.

2.3.1 Konzeptionen von persönlichen Zielen

Ziele können ganz allgemein definiert werden als interne Repräsentation eines erwünschten Zustandes im Sinne eines Ergebnisses, Ereignisses oder Prozesses (Austin & Vancouver, 1996). Brunstein und Maier (1996) beschreiben persönliche Ziele als „Anliegen, Projekte und Bestrebungen [...], die eine Person in ihrem Alltag verfolgt und in Zukunft realisieren möchte“ (S. 146). So haben persönliche Ziele eine subjektive Bedeutsamkeit und bringen zum Ausdruck, wie eine Person ihre Lebenssituation gestalten will, was sie erreichen oder vermeiden möchte. Persönliche Ziele können als Ausdrucksformen von übergeordneten persönlichen Motiven verstanden werden und fokussieren im Gegensatz zu Motiven konkretere Handlungsergebnisse (Brunstein & Maier, 1996). Es gibt verschiedene Konzepte von persönlichen, selbst gesetzten Zielen unter Begriffen wie *personal strivings* (Emmons, 1986), *life tasks* (Cantor, Norem, Niedenthal, Langston & Brower, 1987), *possible selves* (Markus & Nurius, 1986), *current concerns* (Klinger, 1975) und *personal projects* (Little, 1983). *Personal strivings* repräsentieren das, was eine Person auf einer übergeordneten Zielebene typischerweise anstrebt und in Zukunft erreichen möchte (Emmons, 1986). *Life tasks* stehen für die Aufgaben, welche für eine Person während einer bestimmten Lebensphase wichtig sind und an welchen sie über eine längere Zeit hinweg arbeitet (Cantor et al., 1987). *Possible selves* wird als Aspekt des Selbst-Konzepts verstanden und umfasst, wie eine Person ihr Potential und ihre mögliche Zukunft sieht, wie sie gerne sein möchte (Markus & Nurius, 1986). Es handelt sich dabei um längerfristige Ziele und Bestrebungen. *Current concerns* bezeichnet einen Zustand der Zielorientierung, der dadurch entsteht, dass sich eine Person auf individuell bedeutsame Anreize festlegt (Klinger, 1975). Diese Bindung bewirkt eine Ausrichtung des Verhaltens auf die Realisierung des angestrebten Zielzustandes, bis das Anliegen realisiert ist. *Personal projects* sind konzipiert als ein Set von miteinander verbundenen Handlungen zum Erreichen eines für eine Person relevanten Zielzustandes (Little, 1983). Diese unterschiedlichen Konzepte verbindet die Annahme, dass persönliche Ziele dem Leben einen Sinn und eine Richtung geben, und dass Personen eine aktive Rolle bei der Konstruktion ihrer Zukunft einnehmen. Persönliche Ziele sind für die Entwicklung einer Person von grosser Bedeutung, indem sie motivieren, das Verhalten steuern und den Erwerb von Fertigkeiten und Ressourcen fördern (Freund, 2003).

Über verschiedene Konzeptualisierungen von persönlichen Zielen hinweg identifizierten Austin und Vancouver (1996) sechs Zieldimensionen. Eine erste Dimension ist die Relevanz

eines Zieles und die damit zusammenhängende Zielverpflichtung. Ziele können für eine Person von unterschiedlicher Attraktivität und subjektiver Bedeutsamkeit sein. Je nach relativer Relevanz werden Ziele priorisiert und Ressourcen für das Erreichen der Ziele bereitgestellt. Damit zusammen hängt die Zielverpflichtung, die sich darin ausdrückt, wie fest eine Person an einem Ziel festhält und wie lange sie an dessen Verwirklichung arbeitet. Ein zweiter Aspekt ist der Schwierigkeitsgrad eines Zieles, das heisst die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, das Ziel zu erreichen. Weiter können Ziele von unterschiedlicher Spezifität sein, klar definiert und konkret oder eher abstrakt. Dabei kann auch zwischen Zielen mit einem spezifischen Ergebnis und Prozesszielen unterschieden werden. Werden Ergebnisziele wie das Ziel des Abschlusses einer bestimmten Ausbildung erreicht, sind sie hinfällig. Prozessziele dagegen, wie beispielsweise das Ziel, sich immer weiterzubilden, dauern an. Ein vierter Aspekt ist die zeitliche Ausdehnung von Zielen. Ziele könnten sich auf unterschiedliche Zeitpunkte in der Zukunft beziehen, also kurz-, mittel- oder langfristig sein. Dann unterscheiden sich Ziele auch hinsichtlich des Grades an Bewusstheit. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass bewusste Ziele potentiell motivierend wirken und der Bewusstheitsgrad von Zielen auch mit deren subjektiver Bedeutsamkeit zusammenhängt. Als sechsten Aspekt erwähnen Austin und Vancouver (1996) die Komplexität von Zielen. Komplexe Ziele weisen mehr Verbindungen auf zu anderen Zielen, Unterzielen oder verschiedenen Verhaltensweisen, und haben damit ein höheres Konfliktpotential als einfache Ziele. Neben diesen sechs genannten Zieldimensionen wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass Ziele hierarchisch organisiert sind (Austin & Vancouver, 1996). Übergeordnete Ziele vereinen unter sich eine Reihe von untergeordneten Zielen. Dem übergeordneten Ziel, einen Facharztstitel zu erwerben, können beispielsweise folgende Ziele untergeordnet sein: das Finden einer Ausbildungsstelle in einem bestimmten, für die Weiterbildung vorgeschriebenen Fachbereich, das Ablegen des ersten Teils der Facharztprüfung oder das Absolvieren eines vorgeschriebenen Kurses. Hoff und Ewers (2003) nehmen eine Gliederung von persönlichen Zielen anhand der Dimension der Handlungsebene vor. Sie unterscheiden die drei Bereiche Alltagshandeln, alltagsübergreifendes Handeln und biographisch bedeutsames Handeln. Ziele auf der Ebene des alltäglichen Handelns beschreiben nach Hoff und Ewers (2003) sehr spezifische, untergeordnete Handlungseinheiten, welche im Tages- und Wochenablauf wiederkehren und oft routiniert sind. Ziele des alltagsübergreifenden Handelns sind eher auf Monate oder Jahre ausgerichtet und es handelt sich um komplexere Handlungsabfolgen. Ziele des biographisch bedeutsamen

Handelns haben einen weit reichenden Einfluss auf die Lebensgestaltung und beinhalten biographische Weichenstellungen oder biographisch bedeutsame, längerfristige Projekte und Bestrebungen.

Zielprozesstheorien beschäftigen sich mit Mechanismen der Selbstregulation bei der Auswahl und der Umsetzung von Zielen. Nach Bandura (1986; 1989) wirken Ziele nicht per se handlungsförderlich, sondern nur in Abhängigkeit von selbstregulativen Mechanismen. Wichtige Aspekte sind dabei die Zielsetzung, die Planung, die Zielverfolgung und Überwachung sowie die Zielerreichung, das Anpassen von Zielen und Entscheidungen zur Beharrlichkeit bei der Zielverfolgung (Austin & Vancouver, 1996). Ein umfassendes Prozessmodell zur Auswahl und Realisierung von Zielen, welches sich auch im Kontext der Laufbahnentwicklung als fruchtbar erwiesen hat, ist das Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation (Wiese, 2000; Wiese, Freund & Baltes, 2000; 2002). *Selektion* bezieht sich auf den Prozess der Zielauswahl, *Optimierung* und *Kompensation* auf den Prozess der Zielverfolgung. Da die Ressourcen an Zeit und Energie einer Person limitiert sind, kann sie nicht alle Optionen verfolgen, sondern muss eine bestimmte Auswahl an Zielen treffen. Dieser Vorgang wird als *Selektion* bezeichnet. Unter der Perspektive der Lebensspanne spielen bei der Auswahl der Ziele altersgebundene Erwartungen eine wichtige Rolle (Freund, 2003). Altersgebundene Erwartungen beziehen sich sowohl auf die Sequenz der Ziele, welche in einer Gesellschaft im Verlauf der Lebensspanne als angemessen gelten, als auch auf die Erwartungen eines Individuums, welche Ziele in einem bestimmten Alter angemessen sind. Der Einstieg ins Berufsleben ist beispielsweise eine altersgebundene Erwartung für das junge Erwachsenenalter. *Optimierung* beschreibt die Investition von Zeit und Energie in den Erwerb oder Einsatz von Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche der Zielerreichung dienen. Da bei der Zielverfolgung Rückschläge auftreten können, beschreibt *Kompensation* die Strategie, zur Bewältigung der Schwierigkeiten alternative Massnahmen und Ressourcen zur Zielerreichung einzusetzen.

2.3.2 Inhalte von persönlichen Zielen im Kontext der Laufbahn

Persönliche Ziele können gemäss ihrer inhaltlichen Ausrichtung verschiedenen Bereichen zugeordnet werden. Stief (2001) identifizierte anhand einer Literaturanalyse sechs zentrale Inhaltskategorien von persönlichen Zielen:

- Beruf
- Partnerschaft und Familie
- Freizeit
- Freunde
- Finanzen
- selbstbezogene Ziele (beispielsweise hinsichtlich Gesundheit oder persönlicher Entwicklung)

Berufliche Ziele oder Laufbahnziele sind persönliche Ziele, die sich auf die Berufstätigkeit und die eigene berufliche Entwicklung beziehen (Maier & Brunstein, 2001). Dabei handelt es sich bei diesen Zielen meist um übergeordnete, längerfristige Ziele im Sinne von *personal strivings* (Emmons, 1986), *life tasks* (Cantor et al., 1987) und *possible selves* (Markus & Nurius, 1986), oder nach Hoff und Ewers (2003) um Ziele auf der Ebene des biographisch bedeutsamen Handelns. Zur Realisierung dieser übergeordneten Ziele werden in der Regel Unterziele formuliert. Berufliche Ziele sind zu Beginn einer Berufslaufbahn von grosser Bedeutung (Wiese, 2004). Jugendliche und junge Erwachsene müssen ihr Berufsziel klären und sich entscheiden, welche Berufsausbildung beziehungsweise welches Hochschulstudium sie absolvieren möchten. Während des Hochschulstudiums stellt sich je nach Studienrichtung wiederum die Frage nach dem längerfristigen beruflichen Schwerpunkt (Wiese, 2004). Medizinstudierende müssen sich beispielsweise darüber klar werden, in welchem Fachbereich sie sich nach dem Studium weiterbilden und ob sie ihre berufliche Tätigkeit längerfristig in einem Spital oder in einer Praxis ausüben möchten.

Berufliche Ziele sind jedoch nicht nur zu Beginn der Laufbahn, sondern auch während der weiteren beruflichen Entwicklung von Bedeutung. Vorgegebene Berufsverläufe werden seltener und Personen stehen auch nach Berufseintritt immer wieder vor beruflichen Entscheidungen. Die Berufslaufbahn wird von Arthur und Rousseau (1996) denn auch als *boundaryless career* beschrieben, bei welcher immer weniger vorausgesetzt wird, dass eine bestimmte Organisation einer Person eine lebenslange Beschäftigung bietet, und von Hall (2002) wird sie als *protean career* bezeichnet, basierend auf Selbstführung beim Streben nach psychologischem Erfolg in der beruflichen Tätigkeit unabhängig von einer bestimmten Organisation. Wichtige Zielinhalte nach dem Berufseinstieg sind Weiterbildung und Laufbahnerfolg. Wiese (2000) stellte in ihrer Untersuchung 206 durchschnittlich 30-jährigen,

berufstätigen Männern und Frauen eine offene Frage zu ihren beruflichen Zielen und ermittelte anhand der Antworten verschiedene Zielkategorien im beruflichen Bereich. Die Kategorien, welchen die höchsten Anteile an Zielen zugeordnet werden konnten, waren *formale Weiterbildung*, gefolgt von *Karriere und Erfolg*, *bestimmte Position* und *Einkommen*. Stief (2001) erhob bei 490 Studienabsolventinnen und -absolventen verschiedener Fachrichtungen eineinhalb und drei Jahre nach Studiumsabschluss persönliche Ziele mit einer offenen Frage. Die genannten beruflichen Ziele fielen am häufigsten unter die drei Kategorien *Berufseinstieg*, *formale Qualifikation* und *berufliche Entwicklung bzw. berufliches Lernen*. Nerdinger (1997) untersuchte die beruflichen Ziele von 803 Hochschulabsolventen aus den Fachbereichen Wirtschafts-, Ingenieurs- und Naturwissenschaften im zweiten Berufsjahr. Von 29 vorgegebenen Zielen für die nächsten zwei Jahre wurden folgende fünf Ziele von den Befragten am häufigsten gewählt: den eigenen Verantwortungsbereich erweitern, die Führungsqualität verbessern, die Organisation wechseln, falls sich keine Perspektiven bieten, die Verantwortung für ein Projekt übernehmen und einen ersten Aufstiegsschritt vollziehen.

Verschiedene Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen bestimmten Arten von Zielen und Laufbahnerfolg (Abele & Stief, 2004; Judge et al., 1995; Stief, 2001). Hochschulabsolventen, die bei einer offenen Frage zu Zielen Karriereziele und Wachstumsziele nannten, zeigten eineinhalb Jahre später einen höheren objektiven sowie subjektiven Erfolg im Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen, die keine solchen Ziele nannten (Stief, 2001). Erfolgreich in den Beruf eingestiegene deutsche Hochschulabsolventen hatten höhere Werte bei den mittels Skalen erfassten Karriere- und Wachstumszielen als weniger erfolgreiche Berufseinsteiger (Abele & Stief, 2004). Zudem waren die Karriereziele im Längsschnitt ein signifikanter Prädiktor des Einkommens und die Wachstumsziele ein signifikanter Prädiktor des subjektiven Laufbahnerfolgs. Bei amerikanischen Führungskräften standen Lohn und Anzahl Beförderungen in einem signifikanten Zusammenhang mit ihren Aufstiegszielen (Judge et al., 1995).

2.4 Work-Life-Balance

Die berufliche Entwicklung erfolgt nicht losgelöst von anderen Lebensbereichen, sondern in wechselseitiger Beziehung mit weiteren Rollen, welche eine Person neben der Berufstätigkeit in ihrem Leben einnimmt (Super, 1994). Diese verschiedenen Rollen können das Leben

einerseits bereichern, andererseits aber auch belasten, wenn sie in Bezug auf Zeit und Energie miteinander in Konflikt stehen. Neben beruflichen Zielen hat das Ziel eines glücklichen Privatlebens einen hohen Stellenwert im Leben von Männern und Frauen (Stief, 2001; Wiese, 2000) und die Koordination von Berufs- und Privatleben ist eine anspruchsvolle Aufgabe im jungen Erwachsenenalter (Wiese & Freund, 2000). Dieses Kapitel thematisiert deshalb das Spannungsfeld zwischen beruflichem und privatem Lebensbereich unter dem Begriff der Work-Life-Balance. Als Erstes werden verschiedene Konzeptionen der Work-Life-Balance vorgestellt und dann Determinanten und Konsequenzen der Work-Life-Balance erläutert.

2.4.1 Konzeption von Work-Life-Balance

Der Begriff der Work-Life-Balance ist sowohl im Alltag als auch in der Wissenschaft populär. Er ist jedoch insofern problematisch, als dass er Arbeit und Leben einander gegenüberstellt und dadurch vorgibt, das Leben würde nur ausserhalb der beruflichen Arbeitstätigkeit stattfinden. Zudem können auch Tätigkeiten ausserhalb der Berufstätigkeit Arbeit darstellen, wie beispielsweise Hausarbeit und Kindererziehung. Balance impliziert weiter, dass auf beiden Seiten ein gleich grosses Gewicht vorhanden ist. Es ist jedoch gut vorstellbar, dass Personen eine Art von Work-Life-Balance anstreben, bei welcher sie nicht beide Seiten gleich stark gewichten. Im Folgenden soll daher Work-Life-Balance ganz allgemein für das Verhältnis zwischen Berufs- und Privatleben stehen, wobei das Privatleben auch unbezahlte Arbeit in Haushalt und Familie umfasst (Hoff, Grote, Dettmer, Hohner & Olos, 2005). Fragen zum Verhältnis von Berufs- und Privatleben haben in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit erhalten (Resch & Bamberg, 2005). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass eine Balance der beiden Hauptlebensbereiche einerseits als erstrebenswert gilt, andererseits aber immer schwieriger realisierbar scheint, da persönliche Ziele und Handlungsanforderungen in beiden Bereichen in Konflikt stehen (Hoff et al., 2005).

Je nachdem, aus welcher Sicht die Work-Life-Balance betrachtet wird, kann zwischen subjektiven und objektiven Aspekten des Verhältnisses zwischen Berufs- und Privatleben differenziert werden. Diese Unterscheidung nimmt Guest (2002) in seinem konzeptuellen Modell der Work-Life-Balance vor. Die subjektive Work-Life-Balance umfasst nach Guest (2002) erstens das persönlich bevorzugte Verhältnis zwischen beruflichem und privatem Lebensbereich. Während eine Person den Schwerpunkt bewusst auf die Berufstätigkeit legt,

strebt eine andere nach einem Gleichgewicht zwischen Berufs- und Privatleben und eine dritte räumt ausserberuflichen Bereichen einen zentralen Stellenwert ein. Zweitens umfasst die subjektive Work-Life-Balance die erlebte Beziehung zwischen den beiden Lebensbereichen. In Abhängigkeit von der persönlichen Gewichtung von Berufs- und Privatleben sind die Zufriedenheit mit dem Verhältnis der beiden Lebensbereiche und das Konflikterleben denn auch je nach Person unterschiedlich. Eine Person, für die der Beruf äusserst wichtig ist, wird sich wenig daran stören, dass die langen Arbeitszeiten unter der Woche die regelmässige Pflege eines Hobbys verunmöglichen. Eine andere Person, die Beruf und ausserberufliche Lebensbereiche gleich stark gewichtet, empfindet in dieser Situation einen Konflikt zwischen Beruf und Freizeit. Die objektive Work-Life-Balance umfasst nach Guest (2002) von aussen feststellbare Aspekte des Berufslebens und ausserberuflicher Lebensbereiche. Das sind beispielsweise die Anzahl der Arbeitsstunden, das Ausmass der Freizeit und die Anzahl der Rollen, welche eine Person neben der Berufstätigkeit in der Freizeit, in der Familie oder in der Gemeinschaft übernimmt. Diese objektiven Masse können Hinweise auf das subjektiv erlebte Verhältnis der Lebensbereiche liefern, sind jedoch nicht mit diesem gleichzusetzen.

Eine verbreitete Art, Work-Life-Balance zu konzeptualisieren, ist anhand des Ausmasses von erlebten Konflikten zwischen beruflichem und privatem Lebensbereich, und hier insbesondere der Familie (z.B. Carlson, 1999; Frone, Yardley & Markel, 1997; Kossek & Ozeki, 1998). Es geht also um die subjektiv wahrgenommene Beziehung zwischen dem beruflichen und dem familiären Lebensbereich. Seit einigen Jahren wird neben negativen auch positiven Transferprozessen zwischen den beiden Lebensbereichen Aufmerksamkeit geschenkt unter den Begriffen *work-family facilitation*, *work-family enrichment* und *positive work-family spillover* (z.B. Carlson, Kacmar, Wayne & Grzywacz, 2006; Greenhaus & Powell, 2006; Grzywacz & Marks, 2000). Nach Frone (2003) können die positiven und negativen Beziehungen zwischen Beruf und Familie in einem Vierfelderschema mit den beiden Dimensionen Richtung des Einflusses und Art des Einflusses dargestellt werden (Abbildung 3). Basierend auf diesen Dimensionen kann unterschieden werden zwischen Konfliktauswirkungen vom Beruf auf die Familie und von der Familie auf den Beruf, sowie zwischen positiven Transferprozessen vom Beruf auf die Familie und umgekehrt. Mittels Faktorenanalyse konnten Grzywacz und Marks (2000) in ihrer Untersuchung zu positivem und negativem *spillover* zwischen Beruf und Familie diese Vierfeldertaxonomie bestätigen.

		Art der Beziehung	
		Conflict	Facilitation
Richtung des Einflusses	Work-to-Family	Work-to-Family Conflict	Work-to-Family Facilitation
	Family-to-Work	Family-to-Work Conflict	Family-to-Work Facilitation

Abbildung 3: Dimensionen der Work-Family-Balance nach Frone (2003)

Bei Konflikten zwischen Beruf und Familie wurden insbesondere zwei Formen unterschieden: Konflikte im Zusammenhang mit Zeit und Konflikte im Zusammenhang mit Belastungen (Carlson, 1999; Frone et al., 1997; Greenhaus & Beutell, 1985). Zeitkonflikte treten auf, wenn die einer bestimmten Rolle gewidmete Zeit die Beteiligung in einer anderen Rolle einschränkt oder verunmöglicht. Belastungskonflikte entstehen dadurch, dass Belastungssymptome einer Rolle auf eine andere Rolle übergreifen und die Erfüllung von Verpflichtungen in der anderen Rolle erschweren. Bei beiden Konfliktformen kann eine Rollenüberlastung bedeutsam sein. Beim positiven Transfer zwischen beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen wurden ebenfalls zwei Hauptformen identifiziert: instrumenteller positiver Transfer durch Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche in einer anderen Rolle eingesetzt werden können, und affektiver Transfer, bei welchem positive Affekte von einer Rolle auf die andere übertragen werden (Greenhaus & Powell, 2006). Frone (2003) kommt anhand seiner Literaturübersicht zum Schluss, dass Konfliktauswirkungen vom Beruf aufs Privatleben häufiger vorkommen als solche vom Privatleben auf den Beruf. Was den positiven Transfer anbelangt, wurde in der Untersuchung von Grzywacz und Marks (2000) häufiger von Transfer von Familie zu Beruf berichtet als umgekehrt.

Neben der erlebten Beziehung zwischen beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen ist die persönliche Gewichtung der beiden Lebensbereiche ein wichtiger Aspekt der subjektiven Work-Life-Balance. Diese Gewichtung kann anhand von Zielen im beruflichen und privaten Lebensbereich erschlossen werden. So können Personen den Zielen im einen oder anderen Lebensbereich Priorität einräumen oder auch Ziele aus beiden Lebensbereichen

gleich stark gewichten (Wiese, 2000). Für eine erfolgreiche Entwicklung ist es wichtig, dass Ziele aus verschiedenen Lebensbereichen sowohl inhaltlich als auch zeitlich koordiniert werden. Je nach Lebens- und Laufbahnphase kann die Gewichtung unterschiedlich aussehen. Junge Erwachsene räumen möglicherweise zuerst dem Beruf Priorität ein, wollen später jedoch Beruf und Familie gleich stark gewichten. Wiese (2000) untersuchte bei erwerbstätigen kinderlosen Erwachsenen im Alter von 25 bis 35 Jahren, inwieweit sie sich aktuellen und zukünftigen Zielen im beruflichen und im partnerschaftlich-familiären Bereich verpflichtet fühlen. Mehr als die Hälfte der Befragten zeigte eine parallele Zielstruktur mit gleich starker Gewichtung von Zielen aus den beiden Lebensbereichen. Dagegen fühlten sich 33% vermehrt beruflichen Zielen und 13% vermehrt privaten Zielen verpflichtet. Bei den zukünftigen Zielen in den beiden Lebensbereichen zeigte sich eine Verschiebung weg von der beruflichen Priorität hin zu einer vermehrten Gleichgewichtung von berufsbezogenen und partnerschaftlich-familiären Zielen. Wiese (2000) untersuchte weiter die subjektive Befindlichkeit im Zusammenhang mit den Zielen. Dabei zeigte sich, dass die allgemeine Befindlichkeit bei den Personen mit einer aktuell und zukünftig parallelen Zielstruktur schlechter war als bei denjenigen mit einer gegenwärtigen Betonung von beruflichen Zielen oder einer gegenwärtigen und zukünftigen Betonung von beruflichen Zielen.

Auf der Basis von geäußerten kurzfristigen, mittel- und langfristigen Zielen in den beiden Lebensbereichen und deren Realisierung mit oder ohne gegenseitige Störungen ermittelten Hoff, Dettmer, Grote und Hohner (2002) drei Hauptformen der Lebensgestaltung: Segmentation, Integration und Entgrenzung. Die Grundlage dafür waren Interviews mit Professionsangehörigen der Medizin und der Psychologie. Bei der *Segmentation* verlaufen die beruflichen und privaten Lebensstränge parallel zueinander. Die Ziele in den beiden Bereichen werden relativ unabhängig voneinander realisiert. Unterformen der Segmentation sind in Abhängigkeit von der Gewichtung der Lebensbereiche Dominanz des Berufslebens, Dominanz des Privatlebens und Gleichgewicht von Berufs- und Privatleben. Im Gegensatz zur Segmentation erfordert die zweite Hauptform, die *Integration*, eine gute Koordination von beruflichen und privaten Zielen und Handlungssträngen. Konflikte werden durch Integration bewältigt und die Bezüge zwischen den beiden Lebenssphären bestimmen das Handeln. Hier werden vier Unterformen unterschieden, je nach Ausmass der Abstriche, die in den Lebensbereichen gemacht werden. Bei der Form Abstrich in beiden Lebensbereichen werden sowohl im Berufs- als auch im Privatleben Abstriche gemacht, weil Ziele der beiden

Lebensbereiche sich gegenseitig bei der Realisation behindern. Bei den Formen stärkere Abstriche im Berufsleben und stärkere Abstriche im Privatleben werden im einen Lebensbereich zu Gunsten des anderen Abstriche gemacht. Die vierte Unterform, keine Abstriche in Berufs- und Privatleben, kann als ideale Art der Vereinbarung bezeichnet werden. Bei der dritten Hauptform, der *Entgrenzung*, kann kaum zwischen Berufs- und Privatleben unterschieden werden. Beruflicher und privater Lebensbereich werden zu einer Einheit. Die verschiedenen Formen der Lebensgestaltung waren je nach Geschlecht und Berufsgruppe bei den Befragten unterschiedlich häufig zu finden (Hoff et al., 2002). Bei Männern aus der Medizin und der Psychologie und bei Frauen aus der Medizin war die Form der Segmentation vorherrschend. Bei den Männern lag dabei der Schwerpunkt der Ziele vorwiegend auf dem beruflichen Bereich. Bei den Frauen in der Medizin war neben der Form mit dem Schwerpunkt auf beruflichen Zielen auch eine Segmentation mit dauerhafter Sicherung der Zielbalance häufig. Dabei werden berufliche und private Ziele zeitlich und räumlich klar getrennt und ohne gegenseitige Konflikte realisiert. Bei den Frauen aus der Psychologie war die Integration am häufigsten, bei Medizinerinnen am zeithäufigsten. Die Form der Entgrenzung war bei beiden Berufsgruppen verhältnismässig selten und wurde meist bei Personen mit Kindern gefunden. Hoff und Ewers (2003) gehen davon aus, dass die Art der Bezüge zwischen beruflichem und privatem Lebensbereich mit der beruflichen Entwicklung von Frauen und Männern zusammenhängt. Die bei den Männern häufigere Form der Segmentation mit einem Schwerpunkt auf den beruflichen Zielen kann als Voraussetzung für ein erfolgreiches Verfolgen von Karrierezielen gesehen werden. Die bei Frauen häufigere Form der Integration mit stärkeren Abstrichen im beruflichen Bereich und der Bewältigung von verschiedenen Zielkonflikten kann sich in Teilzeitarbeit und Diskontinuitäten in der Erwerbsbiographie und schliesslich einem geringeren Berufserfolg hinsichtlich Aufstieg, Prestige und Einkommen äussern.

Wie oben beschrieben, müssen objektive Indikatoren zum Verhältnis zwischen beruflichen und ausserberuflichen Bereichen und das subjektive Erleben nicht unbedingt übereinstimmen. Hoff et al. (2005) verglichen die subjektive Vorstellung von der Wichtigkeit des beruflichen und privaten Lebensbereiches mit der Gewichtung der Lebensbereiche auf der Basis des Alltagshandelns. Sie erhoben das Zeitbudget für den Beruf, Haushalt und Familie, Freizeitaktivitäten sowie Sonstiges bei durchschnittlich 44-jährigen Angehörigen der Professionen Medizin und Psychologie. Das Zeitbudget für den Beruf lag bei den Männern

bei rund 57%, bei den Frauen bei rund 47%, das Zeitbudget für Haushalt und Familie lag bei den Männern bei rund 28%, bei den Frauen bei 37%. Trotz dieser signifikanten Geschlechtsunterschiede bei der alltäglichen Lebensgestaltung zeigten sich bei den Befragten keine Geschlechtsunterschiede bei der Einschätzung der relationalen Wichtigkeit von beruflichem und privatem Lebensbereich.

2.4.2 Determinanten und Konsequenzen der Work-Life-Balance

Welche Faktoren üben einen Einfluss auf die Work-Life-Balance aus? In seinem konzeptuellen Modell unterscheidet Guest (2002) zwischen Faktoren des beruflichen und privaten Kontexts sowie personenbezogenen Faktoren. Faktoren des beruflichen Kontexts beziehen sich auf die beruflichen Anforderungen und die Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit. Die institutionellen Bedingungen können ein befriedigendes Verhältnis zwischen Berufs- und Privatleben fördern, beispielsweise durch die Möglichkeit einer flexiblen Arbeitszeiteinteilung, aber auch erschweren, zum Beispiel durch lange und unregelmässige Arbeitszeiten. Faktoren des privaten Umfelds umfassen Verpflichtungen in der Familie und in der Gemeinschaft, wie auch Verpflichtungen im Rahmen von Freizeitaktivitäten. Die Familienanforderungen können bei einer jungen Person, die nicht in einer Partnerschaft lebt, gering sein, und hoch bei einer Person, die kleine Kinder hat oder betagte Eltern betreut. Personenbezogene Determinanten der Work-Life-Balance sind nach Guest (2002) die individuelle Zentralität der Arbeit, die Persönlichkeit, beispielsweise hinsichtlich des Leistungsmotivs, Kontrollüberzeugungen und Bewältigungsfähigkeit, das Geschlecht, da die Anforderungen des Privatlebens bei Frauen oft höher sind als bei Männern, das Alter und in diesem Zusammenhang die Lebens- und Laufbahnphase.

Frone (2003) erstellte einen Überblick zu empirischen Ergebnissen hinsichtlich der Ursachen von Konflikten zwischen Beruf und Familie. Untersuchungen zeigen, dass die Anzahl Stunden, die für Familienaktivitäten und Hausarbeit aufgewendet werden, in positiver Beziehung zu Konfliktauswirkungen von der Familie auf den Beruf stehen und die Anzahl für die Arbeit aufgewandten Stunden in positiver Beziehung zu Konfliktauswirkungen vom Beruf auf die Familie. Die psychologische Einbindung in der Familie steht im Zusammenhang mit erlebten Konfliktauswirkungen von der Familie auf den Beruf und die psychologische Einbindung im Beruf im Zusammenhang mit Konfliktauswirkungen vom Beruf auf die

Familie. Arbeitsanforderungen, Arbeitsrollenkonflikte und Rollenunsicherheit sowie Arbeitsstress und Unzufriedenheit stehen in positiver Beziehung zu erlebten Konfliktauswirkungen vom Beruf auf die Familie, und eine analoge Wirkung haben diese Aspekte im Privatleben auf das Erleben von Konfliktauswirkungen von der Familie auf den Beruf. Ein hohes Ausmass an sozialer Unterstützung, sei es im Beruf oder in der Familie, steht in einem negativen Zusammenhang mit dem Konflikterleben. Untersuchungen belegen weiter, dass gewisse Persönlichkeitsaspekte mit dem Konflikterleben zusammenhängen. Extraversion und Selbstbewusstsein stehen in einem negativen Zusammenhang mit dem Konflikterleben, Neurotizismus in einem positiven. Grzywacz und Marks (2000) fanden in ihrer Untersuchung, dass soziale Unterstützung bei der Arbeit, hoher Entscheidungsspielraum und Extraversion in positivem Zusammenhang zu erlebtem positivem Transfer zwischen Beruf und Familie im Sinne von *facilitation* steht, und soziale Unterstützung in der Familie stand in positiver Beziehung zu Erleichterung von Familie zu Beruf.

Welches sind die Konsequenzen von Work-Life-Balance? Nach dem Modell von Guest (2002) hat die Work-Life-Balance Auswirkungen auf Arbeits- und Lebenszufriedenheit, psychisches und physisches Befinden sowie Verhalten und Leistung einer Person im beruflichen und im privaten Kontext. Frone (2003) fasste in seiner Übersicht die empirischen Ergebnisse zu Auswirkungen von Konflikten zwischen Beruf und Familie zusammen. Das Erleben von Konfliktauswirkungen vom Beruf auf die Familie und von der Familie auf den Beruf steht in Beziehung zu Familienunzufriedenheit und Stress respektive Arbeitsunzufriedenheit und Stress, Absentismus sowie Verspätungen und schlechter Rollenerfüllung. Beide Konfliktarten stehen in einem Zusammenhang mit psychischer sowie physischer Gesundheit und Gesundheitsverhalten. In ihrer Metaanalyse stellten Kossek und Ozeki (1998) ebenfalls einen Zusammenhang zwischen beiden Arten der Konflikte und Arbeits- sowie Lebenszufriedenheit fest, wobei erlebte Konfliktauswirkungen von der Familie auf den Beruf in einem weniger engen Zusammenhang mit der Zufriedenheit standen als erlebte Konfliktauswirkungen vom Beruf auf die Familie. Was den positiven Transfer anbelangt, fanden Grzywacz und Marks (2000) einen positiven Zusammenhang zwischen beiden Arten der *work-family facilitation* und der psychischen Gesundheit.

2.5 Determinanten der Laufbahnentwicklung und des Laufbahnerfolgs

In den Kapiteln 2.1.3 und 2.1.4 wurden zwei umfassende Theorien zur Laufbahnentwicklung, die sozialkognitive Laufbahntheorie von Lent et al. (1994) und das Modell zur beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002), vorgestellt. In diesem Kapitel wird die Aufmerksamkeit nun auf einzelne Konstrukte gerichtet, welche gemäss theoretischen Konzepten und bisherigen empirischen Untersuchungen wichtige Determinanten der Laufbahnentwicklung sind. Als Erstes wird der Einfluss des Geschlechts dargestellt. Dann werden Einflussfaktoren betrachtet, welche in der Person selbst verankert sind, und anschliessend Einflussfaktoren des Umfelds, wobei zwischen dem beruflichen und dem privaten Umfeld unterschieden wird.

2.5.1 Geschlecht und Laufbahnentwicklung

Die Laufbahnentwicklung einer Person wird heute immer noch durch das Geschlecht mitbestimmt, obwohl sich in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern in den letzten Jahrzehnten die Erwerbsbeteiligung von Frauen deutlich erhöht hat (Höpflinger, 2004). Bei der Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen und Männern sind in der Schweiz wie auch in anderen Ländern Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten (Bundesamt für Statistik, 2006, 2008b). Frauen arbeiten beispielsweise überdurchschnittlich häufig in Teilzeitstellen und sind in Vorgesetztenpositionen untervertreten. In Abhängigkeit von der studierten Fachrichtung sind Schweizer Hochschulabsolventinnen häufiger in Schul- und Gesundheitswesen beziehungsweise im Bereich pädagogischer, psychologischer und sozialer Dienste tätig, Hochschulabsolventen häufiger in den Bereichen verarbeitende Produktion, private Dienstleistungen und Hochschulwesen. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Arbeitsmarktbeteiligung werden als horizontale und vertikale Segregation bezeichnet (Wetterer, 1993). Die horizontale Segregation äussert sich darin, dass Frauen und Männer unterschiedliche Berufsfelder bevorzugen oder innerhalb desselben Berufsfelds in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen arbeiten. Die vertikale Segregation beruht darauf, dass Frauen im Vergleich zu Männern in hierarchisch höheren und prestigeträchtigeren Positionen untervertreten sind und ein tieferes Einkommen haben als Männer. So bestätigen viele Studien den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Einkommen beziehungsweise hierarchischer Position. In ihrer Metaanalyse fanden Ng et al. (2005) einen signifikanten Zusammenhang

zwischen Geschlecht und Einkommen sowie Beförderungen, mit einem höheren Einkommen und mehr Beförderungen bei Männern. Die Beziehung zwischen Geschlecht und objektivem Erfolg bleibt auch unter der Kontrolle von anderen Einflussfaktoren bestehen. So war das Geschlecht nach Kontrolle von Fachbereich, Examensnote und Dauer der Berufstätigkeit nach wie vor ein signifikanter Prädiktor für das Einkommen bei deutschen Hochschulabsolventinnen und -absolventen eineinhalb Jahre nach Studienabschluss (Abele & Stief, 2004). Bei kanadischen Managern und Managerinnen war das Geschlecht unter Kontrolle von Familiensituation, Ausbildungsniveau und Anzahl Arbeitsstunden ein Prädiktor für die berufliche Position und das Einkommen, jedoch nicht für die Geschwindigkeit des Aufstiegs und die Anzahl der Beförderungen (Chênevert & Trembley, 2002). Anders sieht es bei der Laufbahnzufriedenheit aus. Dort zeigte sich im Gegensatz zum objektiven Erfolg kein Zusammenhang mit dem Geschlecht (Ng et al., 2005).

Theorien zur Erklärung von Geschlechterunterschieden in der beruflichen Entwicklung gehen davon aus, dass komplexe Prozesse zwischen Geschlecht und berufsrelevanten Faktoren die Laufbahnentwicklung beeinflussen. Thematisiert werden einerseits individuelle, personenbezogene Faktoren wie geschlechtsspezifische individuelle Vorlieben, Eigenschaften und Fähigkeiten, und andererseits gesellschaftliche, strukturell vorgegebene Rahmenbedingungen. Aus der Perspektive der Laufbahnentwicklung von Frauen wird dabei auch von inneren und äusseren Barrieren gesprochen (Fassinger, 2002). Innere Barrieren bestehen aus Überzeugungen, Einstellungen und Eigenschaften einer Person, welche die Laufbahnentwicklung negativ beeinflussen, äussere Barrieren sind in gesellschaftlichen Strukturen verankerte erschwerende Rahmenbedingungen, die jedoch auch von einzelnen Personen zum Ausdruck gebracht werden können.

Geschlechtsspezifische innere Einflussfaktoren

Zwei Erklärungsansätze zu geschlechtsspezifischen inneren Einflussfaktoren sind die Humankapitaltheorie und die Sozialisationstheorie. Becker (1993) geht in seiner Humankapitaltheorie davon aus, dass die Aus- und Weiterbildung einer Person zu einer Erhöhung der Leistung und der Produktivität führt, was sich in einer hohen beruflichen Position und einem hohen Einkommen widerspiegelt. Aus- und Weiterbildung sind jedoch mit Kosten wie Studiengebühren und Zeitaufwand mit gleichzeitig eingeschränkten Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit verbunden. Becker (1993) postuliert, dass alle Menschen

das Interesse haben, mit einem möglichst kleinen Aufwand einen möglichst hohen Ertrag zu erreichen, und Entscheidungen auf der Basis dieser rationalen Kosten-Nutzen-Rechnung treffen. In Abhängigkeit der persönlichen Relevanz der beruflichen Laufbahn wird eine Person mehr oder weniger in ihre Aus- und Weiterbildung investieren. Frauen mit der Absicht einer Familiengründung gehen aufgrund der vorherrschenden gesellschaftlichen Strukturen möglicherweise davon aus, dass sie die Hauptverantwortung für Kinderbetreuung und Haushalt tragen und ihre Berufstätigkeit nach der Geburt der Kinder reduzieren werden. Diese Aussicht könnte gemäss Humankapitaltheorie dazu führen, dass sie weniger Aufwand in ihre Aus- und Weiterbildung investieren oder sich für eine Berufstätigkeit entscheiden, bei welcher sie gute Vereinbarungsmöglichkeiten zwischen Beruf und Familie sehen.

Ein zweiter Erklärungsansatz bietet die Sozialisationstheorie. Diese besagt, dass Überzeugungen und Einstellungen beispielsweise hinsichtlich angemessener Rollen von Frauen und Männern durch die Gesellschaft vermittelt und durch die Sozialisation internalisiert werden (Fassinger, 2002). So führt Astin (1984) in ihrem Modell der Laufbahnentwicklung Unterschiede zwischen Frauen und Männern insbesondere auf die geschlechtsspezifische Sozialisation zurück, durch welche Mädchen und Knaben in unterschiedliche Interessen und Rollenmuster hinein sozialisiert werden. Eccles (1987) geht in ihrem Modell davon aus, dass erworbene Geschlechtsrollenstereotype eine wichtige Rolle bei geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Laufbahnentwicklung spielen. Erworbene Geschlechtsrollenstereotype beeinflussen gemäss Modell insbesondere die Bewertung von verschiedenen längerfristigen Zielen und den subjektiven Wert, welchen eine Person verschiedenen Wahlmöglichkeiten zuordnet. Fassinger (2002) beschreibt, dass die geschlechtsspezifische Sozialisation bei Frauen zu einer Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten führen kann. Dies äussert sich insbesondere in einer geringen Selbstwirksamkeit, das heisst der geringeren Überzeugung, dass eine bestimmte Aufgabe oder ein bestimmtes Verhalten erfolgreich ausgeführt werden kann. Auch durch die Sozialisation geprägte Eigenschaften von Frauen und Männern, wie Fürsorglichkeit und Einfühlungsvermögen bei Frauen und Durchsetzungsfähigkeit und Entscheidungsfreudigkeit bei Männern, können für die Laufbahnentwicklung mehr oder weniger vorteilhaft sein.

Geschlechtsspezifische äussere Einflussfaktoren

Ein soziologischer Ansatz zur Auswirkung der gesellschaftlichen Strukturen auf die Laufbahnentwicklung von Frauen und Männern stammt von Pfau-Effinger (1996). Sie geht davon aus, dass soziales Handeln von den zwei gesellschaftlichen Aspekten Geschlechterkultur und Geschlechterordnung beeinflusst werden. Geschlechterkultur umfasst die Normen, Werte und Leitbilder einer Gesellschaft in Bezug auf die Geschlechterbeziehungen und die Formen der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, Geschlechterordnung die real existierenden Strukturen des Geschlechterverhältnisses. Wichtige Institutionen hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung sind der Arbeitsmarkt, die Familie beziehungsweise der Haushalt, der Wohlfahrtsstaat und das Bildungssystem. Geschlechterkultur und Geschlechterordnung bilden die Rahmenbedingungen, unter welchen die Laufbahnentwicklung einer Person stattfindet. Ridgeway (2001) betont den Stellenwert von alltäglichen sozialen Interaktionsprozessen für die hartnäckige Geschlechterungleichheit in der Arbeitswelt. Die automatisch ablaufende geschlechtliche Kategorisierung aktiviert im Arbeitsbereich Geschlechterstereotypen und geschlechtsselektive Vergleichsmassstäbe, die die beruflichen Interaktionen beeinflussen und sich in äusseren Laufbahnbarrieren für Frauen äussern können. Solche Barrieren sind berufliche Stereotypisierung, berufliche Diskriminierung, das Fehlen von beruflichen Rollenmodellen und Unterstützungspersonen sowie Aspekte von multiplen Rollen im Zusammenhang mit Beruf und Privatleben (Fassinger, 2002). Berufliche Stereotypisierung, also allgemein vorhandene Überzeugungen hinsichtlich der Eignung oder der Angemessenheit von verschiedenen Berufen für Frauen und Männer, können über die Einstellung von Arbeitgebern und über das Arbeitsplatzklima den Zugang zu bestimmten Berufen oder den Laufbahnfortschritt von Frauen behindern. Berufliche Diskriminierung äussert sich darin, dass Frauen trotz gleicher Qualifikation und Erfahrung hinsichtlich Lohn und Laufbahnfortschritt im Vergleich zu Männern benachteiligt werden. Mögliche Gründe sind, dass Männer eher andere Männer begünstigen als Frauen, dass Leistungen von Frauen aufgrund des Geschlechts verzerrt wahrgenommen werden oder dass Frauen keinen Zugang zu informellen Netzwerken erhalten. Ein damit zusammenhängender Aspekt ist, dass Frauen in männerdominierten Berufen kaum Rollenmodelle haben und sich für sie der Zugang zu einflussreichen Mentoren schwieriger gestaltet. Eine weitere Herausforderung für Frauen ist zudem die Planung und Verwirklichung ihrer angestrebten Laufbahn in Kombination mit ihrer Rolle in der Familie,

unter anderem aufgrund von einer nicht genügenden Anzahl von externen Kinderbetreuungseinrichtungen.

Ein integratives Modell

In ihrem Modell des doppelten Einflusses von Geschlecht integriert Abele (2002) innere und äussere Einflussfaktoren. Die Autorin unterscheidet – abgesehen vom Geschlecht als biologischem Merkmal, dessen direkten Einfluss sie beispielsweise aufgrund des Körperbaus als eher gering einschätzt – zwischen Geschlecht als sozialer Kategorie und Geschlecht als psychologischem Merkmal. Geschlecht als soziale Kategorie wird als Aussenperspektive bezeichnet, da eine Person in Abhängigkeit von ihrem Geschlecht wahrgenommen und einer sozialen Kategorie zugeordnet wird. Daraus erfolgen beispielsweise die Aktivierung von Geschlechterstereotypen oder die möglicherweise geschlechtsabhängige unterschiedliche Behandlung von Personen. Geschlecht als psychologisches Merkmal stellt die Innenperspektive dar. Diese umfasst gemäss Modell die Anteile des individuellen Selbstkonzepts, die sich auf die Geschlechtszugehörigkeit beziehen. Darunter fallen beispielsweise geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept, geschlechtsrollenbezogene Einstellungen und Ziele. Das Geschlecht wirkt sowohl über die Innenperspektive als auch über die Aussenperspektive auf die berufliche Entwicklung ein, und diese beeinflusst ihrerseits wiederum die Innensicht und in geringerem Ausmass die Aussensicht (Abele, 2002).

Geschlechtsabhängige Relevanz von Einflussfaktoren für die Laufbahnentwicklung

Aufgrund von geschlechtsspezifischen individuellen Unterschieden und von Geschlechterkultur sowie Geschlechterordnung kann vermutet werden, dass bestimmte Faktoren für eine erfolgreiche Laufbahnentwicklung von Frauen wichtiger sind als für Männer und umgekehrt. Lyness und Thompson (2000) untersuchten die Wahrnehmung der Betroffenen selbst hinsichtlich Barrieren und unterstützender Faktoren. Sie vermuteten, dass Managerinnen Barrieren insgesamt als problematischer wahrnehmen als Manager und dass eine gute Erfolgsbilanz als Nachweis ihrer Kompetenz, das Entwickeln eines Unterstützungsnetzwerks zum Überwinden der sozialen Isolation und aktives Karrieremanagement wichtigere unterstützende Faktoren für die Laufbahn von Frauen sind. Diese Hypothesen wurden teilweise bestätigt. Frauen nahmen im Vergleich zu den Männern zwei von sechs Barrieren als problematischer wahr und schätzten bei den unterstützenden

Faktoren das Entwickeln von Beziehungen und das Verfügen über eine gute Erfolgsbilanz als wichtiger ein. Kirchmeyer (1998), Chênevert und Trembley (2002) und Melamed (1996) untersuchten den Zusammenhang zwischen verschiedenen laufbahnrelevanten Faktoren und dem objektiven Laufbahnerfolg bei Managerinnen und Managern sowie Berufstätigen verschiedener Berufsfelder. Wie erwartet fanden sie Unterschiede in der Relevanz einzelner Faktoren im Zusammenhang mit dem Laufbahnerfolg von Frauen und Männern. Es zeichnete sich jedoch kein einheitliches Bild hinsichtlich einer geschlechtsspezifischen Wirkung bestimmter Einflussfaktoren ab. In den folgenden Kapiteln werden einzelne personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren im Zusammenhang mit der Laufbahnentwicklung ausführlicher erläutert, wobei auch geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

2.5.2 Personenbezogene Faktoren

Wichtige personenbezogene Einflussfaktoren im Zusammenhang mit der Laufbahnentwicklung sind gemäss den Modellen von Lent et al. (1994) und Abele (2002) Persönlichkeitseigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Interessen, geschlechtsspezifisches Selbstkonzept, Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung sowie Motive. Im Folgenden werden diese Konstrukte und empirische Ergebnisse vorgestellt.

Persönlichkeitseigenschaften

Persönlichkeit umfasst die Gesamtheit an Merkmalen, die Personen voneinander unterscheiden und die über Zeit und Situation hinweg relativ stabil sind. In der klassischen Persönlichkeitspsychologie hat sich eine Struktur aus fünf Persönlichkeitsfaktoren herauskristallisiert, welche eine Reihe von Persönlichkeitseigenschaften unter sich vereinen (Asendorpf, 1999). Dieses Fünffaktorenmodell umfasst Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Neurotizismus äussert sich in Nervosität, Ängstlichkeit, Verletzlichkeit und Verlegenheit, Offenheit für Erfahrungen in Fantasie, Kreativität und Gebildetheit, Extraversion in Geselligkeit, Impulsivität und Herzlichkeit, Verträglichkeit in Hilfsbereitschaft, Toleranz und Vertrauen, Gewissenhaftigkeit in Ordentlichkeit, Beharrlichkeit und Zuverlässigkeit (Asendorpf, 1999; Costa & McCrae, 1992). Boudreau und Boswell (2001) gehen davon aus, dass Persönlichkeitseigenschaften einerseits direkt mit dem Laufbahnerfolg zusammenhängen können, wenn die einzelnen

Eigenschaften wichtig sind für die Laufbahnentwicklung und die berufliche Position. Andererseits können Persönlichkeitseigenschaften auch einen indirekten Einfluss ausüben, beispielsweise über Aspekte des Humankapitals wie das Lernen aus Erfahrungen oder über die Motivation. In einer Metaanalyse untersuchten Ng et al. (2005) den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsfaktoren und objektivem Erfolg hinsichtlich Lohn und Beförderungen sowie des subjektiven Laufbahnerfolgs im Sinne von Laufbahnzufriedenheit. Neurotizismus und Verträglichkeit korrelierten signifikant negativ mit Lohn und Beförderungen, Gewissenhaftigkeit und Extraversion signifikant positiv. Dabei waren die Korrelationen bei Neurotizismus und Extraversion am höchsten mit $r_c = -.12$ respektive $r_c = .10$ zu Lohn und $r_c = -.11$ respektive $r_c = .18$ zu Promotionen. Alle fünf Persönlichkeitsfaktoren standen in signifikanter Beziehung zur Laufbahnzufriedenheit, Neurotizismus korrelierte negativ und die anderen vier Faktoren positiv. Die Korrelationen von Persönlichkeitsfaktoren mit dem subjektiven Erfolg waren deutlich höher als mit dem objektiven Erfolg, am höchsten wiederum bei Neurotizismus und bei Extraversion mit $r_c = -.36$ beziehungsweise $r_c = .27$.

Fähigkeiten und Fertigkeiten

Generell kann davon ausgegangen werden, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten in Beziehung mit der Laufbahnentwicklung stehen. Im Zusammenhang mit Fähigkeiten und Fertigkeiten wird auch von Humankapital gesprochen. Dieses umfasst die gesamten Kenntnisse und Erfahrungen einer Person erworben in Aus-, Weiter- und Fortbildungen wie auch im Rahmen ihrer Berufstätigkeit (Judge et al., 1995). Die Humankapitaltheorie geht davon aus, dass der Arbeitsmarkt die Investitionen honoriert, die eine Person in sich selbst tätigt, und dass diese Aufstieg und bessere Entlohnung nach sich ziehen (Becker, 1993). Die Metaanalyse von Ng et al. (2005) bestätigt den signifikanten Zusammenhang von allgemeinen kognitiven Fähigkeiten, Ausbildungsniveau, Arbeitserfahrung und Beschäftigungsdauer in derselben Organisation mit dem objektiven Laufbahnerfolg hinsichtlich Lohn, und in geringerem Ausmass auch von Ausbildungsniveau, Arbeitserfahrung und Beschäftigungsdauer mit dem objektiven Erfolg hinsichtlich Beförderungen. Das Ausbildungsniveau stand ebenfalls in einem Zusammenhang mit der Laufbahnzufriedenheit.

Interessen

Interessen sind ein wichtiges Element im Laufbahnmodell von Lent et al. (1994). Sie werden definiert als Muster von Vorlieben, Abneigungen und Gleichgültigkeit hinsichtlich berufs-

und laufbahnrelevanter Tätigkeiten. In einer Metaanalyse aller bis zu diesem Zeitpunkt publizierten Studien fanden Lent et al. (1994) einen Zusammenhang von $r=.60$ zwischen Interessen und gewählten Laufbahnzielen. Interessen wurden sowohl anhand von Interessensinventaren als auch anhand von offenen Fragen erhoben. Aspekte des Laufbahnziels wurden anhand der angestrebten Fachrichtung, der in Betracht gezogenen Berufsfelder und anhand des Bezugs des Ziels zu Mathematik und Naturwissenschaft erhoben. Weiter berichteten die Autoren von einem Zusammenhang von $r=.12$ zwischen Interessen und Leistung (Lent et al., 1994).

Geschlechtsrollenorientierung

Die Geschlechtsrollenorientierung, teilweise auch bezeichnet als geschlechtsbezogenes Selbstkonzept, ist ein Aspekt der psychologischen Geschlechtsrolle (Sieverding & Alfermann, 1992). Es handelt sich dabei um eine allgemeine Einschätzung in Bezug auf Eigenschaften, welche in unserer Gesellschaft als typisch männlich oder typisch weiblich gelten (Alfermann, 1996). Die typisch männlichen Eigenschaften wie Durchsetzungsfähigkeit, Dominanz und Entschlussfreudigkeit werden als Maskulinität beziehungsweise Instrumentalität bezeichnet, die typisch weiblichen Eigenschaften wie Fürsorglichkeit, Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft als Femininität beziehungsweise Expressivität. Es wird davon ausgegangen, dass Instrumentalität und Expressivität zwei unabhängige Dimensionen sind, auf welchen eine Person unabhängig vom biologischen Geschlecht eine bestimmte Position einnehmen kann. In Abhängigkeit von einer jeweils hohen oder niedrigen Ausprägung auf den beiden Dimensionen können grob vier Typen von Personen unterschieden werden: der so genannte maskuline Typ mit hoher Instrumentalität und tiefer Expressivität, der so genannte feminine Typ mit hoher Expressivität und tiefer Instrumentalität, der so genannte androgyne Typ mit hoher Instrumentalität und Expressivität und der so genannte undifferenzierte Typ mit tiefer Instrumentalität und Expressivität (Alfermann, 1996).

Die bisherige Forschung konnte aufzeigen, dass die Geschlechtsrollenorientierung, und hier insbesondere die Instrumentalität einer Person, mit verschiedenen berufsbezogenen Variablen zusammenhängt. Erstens steht Instrumentalität in einem Zusammenhang mit Aspekten der Berufswahl. Strange und Rea (1983) untersuchten den Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und studiertem Fach bei amerikanischen Studierenden. Dabei wählten sie 52 Fächer aus, in welchen Frauen und Männer jeweils in einem Verhältnis von

einem Drittel zu zwei Dritteln vertreten waren. Die Verteilung hinsichtlich der Geschlechtsrollengruppen unterschied sich bei den Frauen signifikant je nachdem, ob sie in Männer- oder Frauen-dominierten Fächern studierten. Frauen in Männer-dominierten Fächern konnten am häufigsten der Gruppe mit hoher Instrumentalität zugeordnet werden, und Frauen in Frauen-dominierten Fächern am häufigsten der Gruppe mit hoher Expressivität. Zweitens steht Instrumentalität sowohl in Beziehung mit beruflicher Selbstwirksamkeit und Karrieremotivation als auch mit Laufbahnzielen, Laufbahnerfolg und dem Stellenwert des Berufs. Sieverding (1990) stellte bei deutschen Medizinstudierenden einen Zusammenhang zwischen beruflicher Selbstwirksamkeit, Motivation für eine Karriere und deren Realisierungserwartung fest. Studierende mit hoher Instrumentalität hatten unabhängig vom Geschlecht eine höhere berufliche Selbstwirksamkeit hinsichtlich des Medizinberufs, eine höhere Motivation, Karriere zu machen, und schätzten ihren Karrierewunsch als realistischer ein als solche mit tiefer Instrumentalität. Ähnliche Ergebnisse fand Abele (1994) bei Studierenden unterschiedlicher Fachbereiche. Studierende vom so genannten maskulinen und androgynen Typ zeigten eine hohe intrinsische und extrinsische Karrieremotivation, eine hohe Leistungsmotivation und bewerteten den Begriff Karriere positiver. Weiter stand bei deutschen Hochschulabsolventen Instrumentalität in einem signifikanten Zusammenhang zu ausgeprägten Karrierezielen (Abele & Stief, 2004) und zu objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg (Abele, 2003b). Frauen mit hoher Instrumentalität im Alter von 16 bis 60 Jahren schätzten in einer Untersuchung von Alfermann, Reigber und Turan (1999) die Bedeutung des Berufs signifikant höher ein als solche mit tiefer Instrumentalität. Dagegen schätzten Frauen mit hoher Expressivität die Bedeutung von Kindern signifikant höher ein. Erwartungsgemäss zeigen sich bei der Geschlechtsrollenorientierung Unterschiede zwischen Frauen und Männern, mit einer höheren Expressivität bei Frauen und einer höheren Instrumentalität bei Männern (Abele, 2003a; Runge, Frey, Gollwitzer, Helmreich & Spence, 1981). Diese Geschlechtsunterschiede scheinen jedoch in den letzten Jahren insbesondere bei der Instrumentalität kleiner geworden zu sein. Twenge (1997) stellte in seiner Metaanalyse basierend auf Studien bei amerikanischen College-Studierenden über einen Zeitraum von zwanzig Jahren bei Frauen eine signifikante Zunahme bei den Instrumentalitätswerten fest. Zudem fand sich in den neueren Studien kein Unterschied mehr zwischen Frauen und Männern hinsichtlich Instrumentalität. Bei der Expressivität dagegen konnte keine analoge Angleichung beobachtet werden. Kirchmeyer (1998) stellte die Hypothese auf, dass Instrumentalität und Expressivität für den objektiven Laufbahnerfolg von Frauen im

Management eine wichtigere Rolle spielen, mit der Begründung, dass Männern hohe Instrumentalität und geringe Expressivität automatisch zugeschrieben werden. Diese Hypothese wurde durch die Ergebnisse ihrer Untersuchung teilweise bestätigt. Bei den Frauen war Instrumentalität ein positiver Prädiktor für das Einkommen und Expressivität ein negativer Prädiktor für Einkommen und Position. Bei den Männern dagegen zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Berufliche Selbstwirksamkeit

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung – kurz Selbstwirksamkeit – ist ein wichtiges Element der sozialkognitiven Theorie von Bandura (1986). Selbstwirksamkeit wird definiert als Einschätzung der eigenen Fähigkeit, bestimmte Verhaltensweisen zum Erreichen eines Ziels ausführen zu können (Bandura, 1986). Diese Einschätzung beeinflusst Verhalten, Gedanken und emotionale Reaktionen einer Person. Selbstwirksamkeit äussert sich in verschiedenen Aspekten des Verhaltens. Erstens beeinflussen Selbstwirksamkeitserwartungen die Wahl von Aktivitäten und Aufgaben. So tendieren Menschen dazu, Aufgaben und Situationen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen, zu vermeiden, und führen souverän Aktivitäten aus, für welche sie sich kompetent einschätzen. Weiter beeinflusst Selbstwirksamkeit das Ausmass der Anstrengung, welche eine Person zur Erfüllung einer bestimmten Aufgabe aufwendet, also je höher die Selbstwirksamkeit, desto höher der Einsatz. Ein hohes Mass an Anstrengung führt dabei oft zu einer hohen Leistung. Damit hängt auch der dritte Aspekt, die Beharrlichkeit beim Auftreten von Hindernissen, zusammen. Wenn Personen auf Schwierigkeiten treffen, tendieren sie dazu, schneller aufzugeben, wenn sie nicht von ihren Fähigkeiten überzeugt sind. Selbstwirksamkeit ist eine erlernte Kompetenzerwartung und kann hinsichtlich der Generalisierbarkeit auf verschiedene Situationen variieren. Eine Person kann sich in Bezug auf eine konkrete Aufgabe oder auch über verschiedene Lebensbereiche hinweg als selbstwirksam wahrnehmen. Für die Einschätzung der Selbstwirksamkeit, ob nun korrekt oder nicht, werden vier Informationsquellen herangezogen (Bandura, 1986). Die wichtigste Informationsquelle sind eigene Lernerfahrungen. Erfolge erhöhen die Selbstwirksamkeit und wiederholte Misserfolge verringern sie. Eine zweite Informationsquelle sind beobachtete Lernerfahrungen von anderen, ähnlichen Personen. Weitere Informationsquellen sind verbal geäusserte Überzeugungen von anderen Personen, die ein bestimmtes Verhalten ermuntern oder davon abraten, und die Wahrnehmung von physiologischen und affektiven Zuständen wie

beispielsweise Angst bei bestimmten Verhaltensweisen. Von Selbstwirksamkeitserwartungen müssen Ergebniserwartungen unterschieden werden, die sich auf die Einschätzung von wahrscheinlichen Konsequenzen einer Handlung beziehen (Bandura, 1986).

Selbstwirksamkeit gilt als eines der fruchtbarsten Konstrukte im Rahmen der Laufbahnpsychologie (Fassinger, 2005). Das Konzept der Selbstwirksamkeit wurde zu Beginn der achtziger Jahre auf die berufliche Entwicklung übertragen (Betz & Hackett, 1981). Erforscht wurde seither einerseits die Beziehung von beruflicher Selbstwirksamkeit zu beruflichen Interessen und Zielen, und andererseits zum Laufbahnerfolg. Verschiedene Untersuchungen konnten aufzeigen, dass berufliche Selbstwirksamkeit eine wichtige Rolle bei beruflichen Entscheidungen spielt (zusammenfassend Betz, 2001; Hackett, 1995). Je höher die Selbstwirksamkeitserwartungen, desto höher war das Interesse von amerikanischen College-Studierenden an einem bestimmten Berufsfeld. Die berufliche Selbstwirksamkeit war weiter ein Prädiktor für die Breite der Optionen, welche von College-Studierenden bei der Berufswahl in Betracht gezogen wurden. Mathematische und naturwissenschaftliche Selbstwirksamkeit stand zudem in einem direkten Zusammenhang mit der Wahl des Hauptfaches in einem mathematisch-naturwissenschaftlichen Bereich. In einer Untersuchung bei deutschen Hochschulabsolventen zeigte sich, dass Personen mit hoher beruflicher Selbstwirksamkeit häufiger berufliche Ziele formulieren, insbesondere zur formalen Qualifizierung, zur weiteren Karriere und zur Arbeitsaufgabe (Stief, 2001). Andere Untersuchungen zeigten die Relevanz von beruflicher Selbstwirksamkeit für Leistungen und Laufbahnerfolg. Bei niederländischen Mittelschülern zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit hinsichtlich des Faches Niederländisch, selbst gesetzten Zielen und Leistung in diesem Fach (Vrugt, Oort & Zeeberg, 2002). Bei amerikanischen College-Studierenden zeigten sich vergleichbare Zusammenhänge zwischen naturwissenschaftlich-technischer Selbstwirksamkeit und Leistungen (Lent, Brown & Larkin, 1986). Auch bei berufstätigen Personen wurde die Beziehung zwischen Selbstwirksamkeit und Erfolg untersucht. Berufliche Selbstwirksamkeit korrelierte bei amerikanischen Verwaltungsangestellten signifikant mit dem Einkommen, dem subjektiven Erfolg im Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen sowie der selbst eingeschätzten beruflichen Leistungsfähigkeit (Day & Allen, 2004). In einer Längsschnittuntersuchung bei deutschen Hochschulabsolventen war die berufliche Selbstwirksamkeit ein Prädiktor für einen erfolgreichen Berufseinstieg, für den objektiven Erfolg und den subjektiven Erfolg im

Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen (Abele & Stief, 2004; Stief, 2001). Der Einfluss der Selbstwirksamkeit zeigte sich auch noch nach Kontrolle des bisherigen Laufbahnerfolgs (Stief, 2001). Je nach Art der Erfassung der Selbstwirksamkeit fanden sich Geschlechtsunterschiede. Bei der bezüglich Ausbildungs- und Berufs-relevanter Anforderungen erfassten beruflichen Selbstwirksamkeit zeigte sich für traditionell männliche Interessenbereiche und Männerberufe bei Männern häufig eine höhere Selbstwirksamkeit als bei Frauen (zusammenfassend Betz, 2001; Hackett, 1995). Für traditionelle Frauenberufe zeigten Männer und Frauen bei der Selbstwirksamkeit vergleichbare Werte. Keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich technischer Selbstwirksamkeit zeigten sich jedoch bei College-Studierenden in technischen Fächern. Auch bei der allgemein erfassten beruflichen Selbstwirksamkeit konnten selten Geschlechtsunterschiede festgestellt werden (Abele & Stief, 2004; Alfermann, Stiller & Brähler, 2006; Stief, 2001). In einer Längsschnittstudie zeigte sich jedoch eine signifikante Interaktion zwischen Messzeitpunkt und Geschlecht: Nach Berufseintritt nahm die berufliche Selbstwirksamkeit bei Ärztinnen ab, bei Ärzten zu (Abele & Nitzsche, 2002).

Ergebniserwartung

Ergebniserwartung ist ein wichtiges Element im Laufbahnmodell von Lent et al. (1994). Ergebniserwartung wird definiert als persönliche Überzeugung hinsichtlich wahrscheinlicher Handlungsergebnisse (Bandura, 1986). Eine Handlung wird dann initiiert, wenn ein Handlungsergebnis erwartet wird und dieses Ergebnis für eine Person wichtig ist. Gemäss Bandura (1986) sind sowohl Selbstwirksamkeit und Ergebniserwartung wichtige Determinanten des Verhaltens, er schätzt jedoch den Einfluss der Selbstwirksamkeit als höher ein. In ihrer Metaanalyse berichteten Lent et al. (1994) von einem Zusammenhang von $r=.42$ zwischen Ergebniserwartung und gewählten Laufbahnzielen und von $r=.10$ zwischen Ergebniserwartung und Leistung.

Karrieremotivation

Motive sind Beweggründe des Handelns einer Person und äussern sich in persönlichen Zielen (Nerdinger, 1995). Sie können verschiedenen Inhaltskategorien zugeordnet werden, wie Leistung, Macht und sozialem Anschluss. Motivation bezieht sich auf das Zusammenspiel von individuellen Merkmalen, also Motiven, und Merkmalen einer Situation, die als Anreize die Motive aktivieren. Karrieremotivation im weiteren Sinne wird von London (1983)

definiert als Merkmale einer Person im Zusammenhang mit einem breiten Spektrum an Laufbahnentscheidungen und Laufbahnverhalten. London (1983) postuliert, dass sich die Karrieremotivation als multidimensionales Konstrukt aus drei Komponenten zusammensetzt. Die erste Komponente ist die Karriereidentität (*career identity*), welche für die Zentralität der Berufslaufbahn im Leben einer Person steht und einerseits das Ausmass der beruflichen Beteiligung und andererseits den Wunsch nach hierarchischem Aufstieg umfasst. Die zweite Komponente, Karriere-Erkenntnis (*career insight*), bezieht sich auf das Ausmass, in welchem sich eine Person hinsichtlich ihrer Berufslaufbahn realistisch wahrnimmt und sich dementsprechend Laufbahnziele setzt. Karriereausdauer (*career persistence*) beinhaltet die Beharrlichkeit beim Verfolgen der eigenen Laufbahn, insbesondere unter schwierigen Rahmenbedingungen. London (1983) geht im Einklang mit Motivationstheorien davon aus, dass sowohl individuelle Eigenschaften, also Karrieremotive, als auch Eigenschaften der Situation Laufbahnentscheidungen und Laufbahnverhalten beeinflussen. So kann das Bedürfnis nach hohem Einkommen sich in einer Anreizsituation darin äussern, dass eine Person um eine Lohnerhöhung bittet oder die Arbeitsstelle wechselt um mehr zu verdienen. Abele (1994) operationalisierte das Konstrukt der Karrieremotivation auf der Basis der drei Aspekte extrinsische Karrieremotivation, intrinsische Karrieremotivation und extraprofessionale Motivation. Die extrinsische Motivation umfasst die Karrieremotivation im engeren Sinne, das heisst die Motivation zum hierarchischen, vertikalen Aufstieg. Die intrinsische Motivation beinhaltet die Freude und das Interesse an der beruflichen Tätigkeit selbst und extraprofessionale Motivation den Stellenwert anderer Lebensbereiche im Verhältnis zum Beruf.

Im Gegensatz zur Leistungsmotivation und zur Machtmotivation gibt es nur wenige empirische Untersuchungen zum Konstrukt der Karrieremotivation im Zusammenhang mit der beruflichen Entwicklung. Abele (1994) untersuchte die Karrieremotivation bei Studierenden verschiedener Fächergruppen und fand signifikante Unterschiede zwischen den Fächern. Medizinstudierende hatten im Vergleich mit anderen Fachgruppen eine mittlere extrinsische und intrinsische Motivation. Die extrinsische Karrieremotivation war bei Studierenden von Wirtschaftswissenschaften und Recht besonders hoch. Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Abel und Buddeberg (2003) untersuchten im Rahmen des Karriereprojekts bei Medizinstudierenden im letzten Studienjahr den Zusammenhang zwischen Karrieremotivation und Karrierestatus sowie Karriereplanung. Studierende mit hoher extrinsischer Motivation

hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit die Dissertation abgeschlossen und Studierende mit hoher intrinsischer Motivation die Facharztweiterbildung bereits gewählt. Karrieremotivation operationalisiert im Sinne des dreidimensionalen Konstruktes von London (1983) korrelierte bei amerikanischen Verwaltungsangestellten signifikant mit dem Einkommen, dem subjektiven Erfolg im Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen sowie der selbst eingeschätzten beruflichen Leistungsfähigkeit (Day & Allen, 2004). Das selbst eingeschätzte Ausmass der Zentralität der Arbeit im Leben von Führungskräften korrelierte signifikant mit dem Einkommen (Judge et al., 1995). Geschlechtsunterschiede bei der Karrieremotivation konnten nur teilweise festgestellt werden. In der Untersuchung von Abele (1994) bei Hochschulstudierenden zeigten sich Unterschiede bei der extrinsischen Karrieremotivation mit höheren Werten bei Männern. Kümmerling und Dickenberger (2002) fanden dagegen bei Schülerinnen und Schülern, Studierenden sowie Hochschulabsolventinnen und -absolventen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bei der extrinsischen und der intrinsischen Karrieremotivation. Frauen und Männer unterschieden sich jedoch signifikant in der Bereitschaft, für die berufliche Entwicklung gewisse Dinge in Kauf zu nehmen. Bei Männern war die Bereitschaft, sich einem hohen Konkurrenzdruck auszusetzen und gesundheitliche Probleme auf sich zu nehmen, höher als bei Frauen.

2.5.3 Faktoren des beruflichen und privaten Umfelds

2.5.3.1 Berufliches Umfeld und Laufbahnentwicklung

Neben personenbezogenen Faktoren spielen auch Faktoren des Umfelds eine zentrale Rolle für die Laufbahnentwicklung. Die Laufbahnentwicklung findet statt vor dem Hintergrund von Möglichkeiten und Anforderungen eines bestimmten beruflichen und privaten Umfelds. In diesem Kapitel werden berufsbezogene Faktoren näher betrachtet, im nächsten Kapitel Faktoren des privaten Umfelds. Mögliche Einflussfaktoren des beruflichen Umfelds sind Arbeitsmarktbedingungen, Arbeitsbedingungen und Ausmass der Laufbahnunterstützung (Abele, 2002; Lent et al., 1994). Als Erstes wird auf einen Aspekt der Arbeitsbedingungen, das Verhältnis von Verausgabung und Belohnung am Arbeitsplatz, näher eingegangen, und als Zweites auf Laufbahnunterstützung im Kontext von Mentoring.

Effort-Reward-Imbalance

Das Effort-Reward-Imbalance-Modell wurde von Siegrist (2001) zur Erklärung der Entstehung von Stress am Arbeitsplatz konzipiert. Es stützt sich auf die soziale Norm der Reziprozität, ein fundamentales Prinzip von sozialen Interaktionen. Reziprozität kann charakterisiert werden als gegenseitige Investitionen unter der Annahme, dass die eigenen Anstrengungen durch entsprechende Gegenleistungen ausgeglichen werden (Gouldner, 1960). Das Modell geht davon aus, dass ein Ungleichgewicht am Arbeitsplatz zwischen Verausgabung und Belohnung Stress hervorruft. Sowohl Verausgabung als auch Belohnung werden im Modell als situationsabhängige Faktoren konzipiert. Verausgabung wird als Ergebnis von Anforderungen und Verpflichtungen verstanden, und Belohnung umfasst die drei Komponenten Geld, Wertschätzung sowie Arbeitsplatzsicherheit und Karrieremöglichkeiten. Normalerweise könnte davon ausgegangen werden, dass eine Situation mit einem wahrgenommenen Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung verlassen wird. Das Risiko für ein andauerndes Ungleichgewicht ist jedoch in bestimmten Situationen erhöht (Siegrist, 2001). Dies ist erstens dann der Fall, wenn einer Person aufgrund der Arbeitsmarktsituation keine alternativen Möglichkeiten offen stehen. Zweitens können Personen selbst ein solches Ungleichgewicht aus strategischen Gründen in Kauf nehmen, um ihre späteren Karrierechancen zu verbessern. Dieses Muster kann insbesondere zu Beginn der Laufbahn beobachtet werden. Drittens kann das Risiko einer Ungleichgewichtssituation durch psychologische Gründe erhöht sein, wenn eine Person charakterisiert ist durch eine übermäßige arbeitsbezogene Verausgabungsbereitschaft in Kombination mit einem hohen Anerkennungsbedürfnis. Das Effort-Reward-Imbalance-Modell wurde in verschiedenen Untersuchungen, meistens im Zusammenhang mit physischer Gesundheit, überprüft. Van Vegchel, De Jonge, Bosma und Schaufeli (2005) erstellten eine Übersicht über 45 Studien, welche zwischen 1986 und 2003 publiziert wurden. Die meisten dieser Studien bestätigen, dass ein Ungleichgewicht von Verausgabung und Anerkennung mit Herz-Kreislauf-Krankheiten, aber auch mit erhöhtem Alkoholkonsum, Rauchen und schlechterem psychischem Befinden zusammenhängt. Im beruflichen Kontext konnte in fünf Untersuchungen ein Zusammenhang von Effort-Reward-Imbalance mit emotionaler Erschöpfung und in zwei Untersuchungen mit Arbeitsunzufriedenheit festgestellt werden (Van Vegchel et al., 2005).

Im Rahmen der beruflichen Entwicklung wurde der Effort-Reward-Imbalance noch kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Es kann vermutet werden, dass Personen mit einem hohen erlebten Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung allenfalls ihre Laufbahnziele anpassen, um in einem beruflichen Bereich tätig zu werden, der eher ein Gleichgewicht verspricht, oder um ihr berufliches Engagement zu reduzieren. In diese Richtung weisen Ergebnisse von zwei neueren Untersuchungen. Bei finnischen Managern fand sich ein Zusammenhang zwischen Effort-Reward-Imbalance und der Intention, den Arbeitgeber zu wechseln (Kinnunen, Feldt & Mäkikangas, 2008), und in einer grossen europäischen Untersuchung bei Arbeitnehmern ab 50 Jahren zeigte sich eine Beziehung zwischen Effort-Reward-Imbalance und der Absicht, sich früher pensionieren zu lassen, und dies unabhängig von der selbst wahrgenommenen Gesundheit (Siegrist, Wahrendorf, Von dem Knesebeck, Jürgens & Börsch-Supan, 2006). Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede bei Verausgabung und Anerkennung zeigte sich kein einheitliches Muster (Siegrist et al., 2004). In gewissen Untersuchungen wiesen Männer höhere Werte bei der Verausgabung auf, in anderen Frauen. Hinsichtlich Anerkennung zeigte sich vor allem eine Tendenz zu geringeren Werten bei älteren Männern.

Mentoring

Mentoring kann definiert werden als berufliche, partnerschaftliche Beziehung zwischen einer erfahrenen Person, einem Mentor beziehungsweise einer Mentorin, und einer weniger erfahrenen Person, einem Mentee, wobei der Mentor den Mentee in der beruflichen und persönlichen Entwicklung unterstützt (Schönfeld & Tschirner, 2002). Bei informellem Mentoring wird die Mentoring-Beziehung spontan geknüpft, bei formellem Mentoring wird der Kontakt im Rahmen eines Mentoring-Programms hergestellt. Ein Mentor hat zwei Hauptfunktionen: Karriereunterstützung und psychosoziale Unterstützung (Kram, 1985; zit. nach Blickle, 2000). Im Rahmen der Karriereunterstützung stellt der Mentor dem Mentee herausfordernde Aufgaben und verschafft ihm Sichtbarkeit, führt ihn ein in die Mikropolitik der Organisation, setzt sich für Beförderungen und Versetzungen ein und gewährt ihm Schutz. Im Rahmen der psychosozialen Unterstützung zeigt der Mentor dem Mentee seine Wertschätzung, hilft ihm in Problemlagen mit Rat und pflegt einen freundschaftlichen Umgang. Zudem dient er dem Mentee als Rollenmodell. Ein neuerer Ansatz konzipiert Mentoring unter der Perspektive eines Entwicklungsnetzwerks (*developmental network*) (Higgins & Kram, 2001). Die Grundidee ist, dass Laufbahnunterstützung nicht nur durch eine

einzelne Person, einen Mentor, erfolgt, sondern durch mehrere Personen gleichzeitig. Die Autorinnen postulieren bei dieser Netzwerkkonzeption, dass die Summe der Laufbahnunterstützung, die eine Person erfährt, entscheidend ist und nicht so sehr, dass eine einzelne Person alle Unterstützungsfunktionen insgesamt wahrnimmt. In der einen Beziehung kann die emotionale Unterstützung im Vordergrund stehen, in einer anderen die Laufbahnplanung und in einer weiteren das Erlernen der fachlichen Aspekte der Tätigkeit. Je mehr eine Person hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte unterstützt wird, desto hilfreicher ist dies insgesamt für seine Laufbahnentwicklung. Neben Vorgesetzten können Kolleginnen und Kollegen sowie weitere Personen in oder ausserhalb der Organisation Unterstützungsfunktionen wahrnehmen. Wenn die unterstützenden Personen aus unterschiedlichen sozialen Systemen stammen, können sie dem Mentee eine grössere Breite an Informationen zur Verfügung stellen. Ein Unterstützungsnetzwerk kann eine traditionelle Mentoring-Beziehung beinhalten, ist jedoch nicht auf diese beschränkt.

Die Beziehung zwischen Mentoring und Laufbahnentwicklung wurde in vielen Untersuchungen erforscht. In einer Metaanalyse untersuchten Allen, Poteet, Eby und Lentz (2004) den Zusammenhang zwischen traditionellem Mentoring und objektivem sowie subjektivem Karriereerfolg. Es zeigte sich, dass bei Personen mit Mentoring die Anzahl der Beförderungen und der Lohn höher waren als bei Personen ohne Mentoring. Zudem waren sie zufriedener mit ihrer beruflichen Laufbahn sowie ihrer Arbeitsstelle und glaubten eher an ein berufliches Vorankommen. Der Mentoring-Aspekt der Karriereunterstützung stand in engerer Beziehung zum objektiven Laufbahnerfolg als der Mentoring-Aspekt der psychosozialen Unterstützung, bei der Zufriedenheit waren die Zusammenhänge mit beiden Mentoring-Aspekten vergleichbar. Underhill (2006) untersuchte in einer Metaanalyse die Wirksamkeit von Mentoring in Organisationen mit Fokus auf dem Vergleich von Personen mit und ohne Mentor. Bei 12 von 14 Studien zeigte sich ein positiver Effekt von Mentoring. Personen mit Mentoring zeigten eine höhere Arbeitszufriedenheit, mehr Commitment zur Organisation, ein höheres Selbstwertgefühl, weniger Arbeitsstress, eine bessere Work-Life-Balance und nahmen mehr Aufstiegsmöglichkeiten wahr im Vergleich zu Personen ohne Mentoring. Informelles Mentoring zeigte einen grösseren Effekt als formales Mentoring im Rahmen eines Mentoring-Programms. Higgins und Thomas (2001) sowie Blickle, Kuhnert und Rieck (2003) erforschten Mentoring im Rahmen des Netzwerkansatzes. Higgins und Thomas (2001) untersuchten kurz- und längerfristige Laufbahnergebnisse bei Mitarbeitenden von

Anwaltskanzleien im Zusammenhang mit der wichtigsten Mentoring-Beziehung und dem Unterstützungsnetzwerk insgesamt. Hinsichtlich der drei Aspekte Arbeitszufriedenheit, Absicht, in der Firma zu verbleiben, und Beförderung zum Partner erklärte das Mentoring-Netzwerk zusätzliche Varianz über die Haupt-Mentoring-Beziehung hinaus. Wichtigster Prädiktor für die Beförderung zum Partner sieben Jahre nach Erfassung der Laufbahnunterstützung war die durchschnittliche hierarchische Position aller Unterstützungspersonen des Netzwerks. Blickle et al. (2003) erhoben in ihrer Untersuchung bei Berufstätigen unterschiedlicher Berufsfelder das gesamte Ausmass der Laufbahnunterstützung einer Person hinsichtlich der fünf Aspekte Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme, Hilfe bei der Karriereplanung, Coaching, emotionale Unterstützung und Rollenmodell. Zudem erhoben sie Informationen zur Anzahl und Stellung der Unterstützungspersonen. Personen, die angaben, einen bestimmten Mentor zu haben, zeigten eine höhere Laufbahnunterstützung in allen Bereichen. Laufbahn-unterstützende Personen in der Position des Vorgesetzten unterstützen mehr hinsichtlich des Aspekts Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme, Kolleginnen und Kollegen mehr durch emotionale Unterstützung. Das Netzwerk erklärte analog zur Studie von Higgins und Thomas (2001) einen zusätzlichen Anteil der Varianz des Zusammenhangs zwischen Laufbahnunterstützung insgesamt und Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung, und bezüglich der aktuellen Position erklärte der Aspekt Sichtbarkeit verschaffen zusätzliche Varianz nach Kontrolle des Vorhandenseins eines bestimmten Mentors. Diese empirischen Ergebnisse bestätigen weitgehend die aus dem Netzwerkansatz hergeleitete These des Nutzens eines Unterstützungsnetzwerks für die Laufbahnentwicklung. Geschlechtsunterschiede im Bereich des Mentoring konnten nur teilweise gefunden werden. In der Metaanalyse von Kammeyer-Mueller und Judge (2008) zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Geschlecht und dem Vorhandensein eines Mentors sowie dem Ausmass an erhaltenem Mentoring. Blickle und Boujataoui (2005) fanden in ihrer Untersuchung bei Führungskräften im Personalbereich bei der Häufigkeit des Vorhandenseins eines Mentors ebenfalls keine Geschlechtsunterschiede, die Unterstützungspersonen der Frauen waren jedoch insgesamt weniger einflussreich. Es handelte sich dabei häufiger um Kolleginnen und Kollegen als um Vorgesetzte. Wenn Frauen weniger einflussreiche Mentoren haben als Männer oder von diesen allenfalls weniger profitieren, könnte der Zusammenhang zwischen Mentoring und Laufbahnerfolg bei Frauen und Männern unterschiedlich ausfallen. In der Metaanalyse von Underhill (2006) stand Mentoring sowohl bei Frauen als auch bei Männern in einem

signifikanten positiven Zusammenhang zu verschiedenen Aspekten der Laufbahnentwicklung, der Zusammenhang bei Männern war jedoch leicht stärker ausgeprägt.

2.5.3.2 Private Lebenssituation und Laufbahnentwicklung

Jedes Individuum ist in ein soziales System eingebunden, und so erfolgt die Laufbahnentwicklung nicht unabhängig von der privaten Lebenssituation. Van Maanen und Schein (1977) gingen in ihrem Laufbahnwürfel davon aus, dass persönliche Entwicklung, Familienentwicklung und Laufbahnentwicklung interagieren. Als wichtige Einflussfaktoren der privaten Lebenssituation für die berufliche Entwicklung nannten die Autoren die Aspekte Partnerschaft, das Vorhandensein von Kindern, deren Anzahl und Alter sowie die Berufstätigkeit des Partners beziehungsweise der Partnerin. In späteren Berufsphasen können Männer und Frauen zudem konfrontiert werden mit der Betreuung von betagten Eltern und Schwiegereltern, eine Aufgabe, die häufig primär den Frauen überlassen wird und die zu einem weiteren Vereinbarungskonflikt zwischen Beruf und Familie führen kann (Höpflinger, 2004). Die private Lebenssituation kann sich auf verschiedene Arten auf die Laufbahnentwicklung auswirken (Kirchmeyer, 2006). Eine erste Möglichkeit ist, dass Menschen Laufbahnentscheidungen bewusst ihrer privaten Lebenssituation anpassen. Ein Beispiel dafür ist, dass eine Frau mit kleinen Kindern auf eine Berufstätigkeit verzichtet, die eine hohe geographische Mobilität verlangt. Eine zweite Möglichkeit ist, dass je nach Ressourcen, welche die private Lebenssituation beansprucht oder zur Verfügung stellt, mehr oder weniger Ressourcen für die berufliche Laufbahnentwicklung verfügbar sind. So profitiert ein Mann bei seiner Karriere beispielsweise davon, dass seine Frau nicht berufstätig ist und ihn in seiner Laufbahn unterstützt. Eine dritte Möglichkeit besteht darin, dass aussenstehende Personen mit Einfluss auf die Laufbahnentwicklung, wie beispielsweise Vorgesetzte, aufgrund der privaten Lebenssituation einer Person unterschiedliche Entscheidungen treffen. Ein Familienvater wird unter Umständen eher befördert als ein alleinstehender Mann.

Es ist zu erwarten, dass sich die private Lebenssituation bei Männern und Frauen anders auf die Laufbahnentwicklung auswirkt, da sich die Ausgangslage je nach Geschlecht unterschiedlich gestaltet. Obwohl sich in den europäischen Ländern in den letzten Jahrzehnten die Erwerbsbeteiligung von Frauen und Müttern erhöht hat, übernehmen Frauen nach wie vor den grösseren Anteil an Hausarbeit und Kinderbetreuung (Höpflinger, 2004). Beim Übergang

zur Elternschaft gibt es bei Frauen oft grosse Änderungen beim Ausmass der Berufstätigkeit. Sie verzichten für einige Zeit auf Berufstätigkeit oder reduzieren ihr Pensum stark. Im Gegenzug übernehmen sie einen grösseren Anteil an Haushaltsarbeiten und Kinderbetreuung. Elternschaft und Ausmass der Berufstätigkeit sind bei Frauen also eng miteinander verbunden, bei den Männern dagegen haben familiäre Veränderungen kaum einen Einfluss auf die Berufstätigkeit. In der Untersuchung von Abele (2005) bei 34-jährigen deutschen Akademikerinnen und Akademikern verschiedener Fachbereiche rund sieben Jahre nach Studienabschluss waren 95% der Väter Vollzeit berufstätig, aber nur 20% der Mütter. Weitere 26% der Mütter waren Teilzeit berufstätig, 35% waren in Elternzeit und 20% nicht erwerbstätig. Eine Reduktion der Berufstätigkeit aufgrund der Familiensituation kann dem Wunsch der Betroffenen entsprechen. Wie die Untersuchung von Abele (2005) zeigte, stimmen ursprünglicher Wunsch und spätere Realität jedoch insbesondere bei Frauen häufig nicht überein. Von den Müttern waren nur 19% wie geplant erwerbstätig, von den Vätern 79%. 37% der Mütter gab an, entgegen ihrem früheren Plan nicht berufstätig zu sein. Frauen und Männer erhalten in Haushalt und Kinderbetreuung in unterschiedlichem Masse Unterstützung von ihrem Partner respektive ihrer Partnerin. In der Schweiz waren in Familien mit dem jüngsten Kind unter 15 Jahren im Jahr 2000 in rund 35% der Partner Vollzeit und die Partnerin nicht erwerbstätig, in rund 50% der Partner Vollzeit und die Partnerin Teilzeit erwerbstätig und in rund 10% beide Vollzeit berufstätig (Höpflinger, 2004). Im Rahmen ihrer Untersuchung zu Berufsbiographien von Ärztinnen und Ärzten stellten Hohner, Grote und Hoff (2003) fest, dass von den Ärzten 74% mit einer Partnerin zusammenlebten, die nicht oder Teilzeit erwerbstätig war. Bei den Ärztinnen lag der Anteil mit einem nicht oder Teilzeit erwerbstätigen Partner nur bei 15%. Analoge Verhältnisse zeigten sich bei den durchschnittlich 35-jährigen Ärztinnen und Ärzten in der Untersuchung von Abele (Abele, 2006). Die Partnerinnen der Ärzte waren zu 42% Vollzeit berufstätig, die Partner der Ärztinnen zu 85%.

In seiner Längsschnittuntersuchung bei australischen Berufstätigen zu Beginn oder in der Mitte ihrer Laufbahnentwicklung mit Vollzeittätigkeit verglich Tharenou (1999) den Laufbahnerfolg von Frauen und Männern mit unterschiedlichen Konstellationen im Privatleben. Es zeigte sich, dass verheiratete Frauen und Männer, ungeachtet von Elternschaft und Ausmass der Berufstätigkeit des Partners respektive der Partnerin, einen höheren objektiven Laufbahnerfolg hatten als alleinstehende Frauen und Männer. Bei den Vätern mit

Partnerin ohne eigene Berufstätigkeit war der Laufbahnerfolg höher als bei den Vätern mit berufstätiger Partnerin, gefolgt von verheirateten Männern ohne Kinder. Bei den Frauen gab es diesbezüglich keine Unterschiede. Melamed (1996) fand in einer ersten Untersuchung bei britischen Managerinnen und Managern keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Zivilstand beziehungsweise Kindern und objektivem Laufbahnerfolg. In einer zweiten Untersuchung bei Vollzeit-Berufstätigen verschiedener Berufsgruppen korrelierten Heirat und Elternschaft bei Männern signifikant positiv mit objektivem Laufbahnerfolg, bei Frauen tendenziell negativ, jedoch nicht signifikant. Kirchmeyer (2006) untersuchte den Einfluss von verschiedenen Konstellationen des Privatlebens auf den objektiven Laufbahnerfolg von amerikanischen Nachwuchswissenschaftlern nach Doktoratsabschluss. Sie fand, dass Frauen mit kleinen Kindern zu Beginn der Laufbahn eine Arbeitstätigkeit suchten, welche eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleistete, während bei Männern die Familiensituation keinen Einfluss auf ihre Präferenzen hatte. Während der mittleren Laufbahnphase profitierten Männer, nicht aber Frauen, von einem nicht arbeitstätigen Ehepartner.

Mehrere Studien widmeten sich der Analyse der Auswirkung von Elternschaft bei Ärztinnen und Ärzten. Abele (2006) untersuchte den Zusammenhang zwischen Elternschaft in Kombination mit Geschlecht und dem objektiven Berufserfolg bei 35-jährigen Ärztinnen und Ärzten sieben Jahre nach Studienabschluss. 47% der Ärztinnen und 52% der Ärzte hatten zu diesem Zeitpunkt Kinder. Elternschaft in Kombination mit Geschlecht war in der Gesamtstichprobe ein signifikanter Prädiktor für Berufserfolg und erklärte 22% der Varianz. Dabei hing die Elternschaft bei den Frauen erwartungsgemäss negativ mit dem Berufserfolg zusammen und bei den Männern tendenziell positiv. Wurden jedoch nur die vollzeittätigen Ärztinnen und Ärzte einbezogen, zeigte sich kein signifikanter Effekt von Elternschaft kombiniert mit Geschlecht. Kinder wirkten sich also nur bei Müttern ohne Vollzeittätigkeit Karriere-hemmend aus, die jedoch die Mehrheit bildeten. Gensch (2007) untersuchte die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Ärztinnen und Ärzten vier bis fünf Jahre nach Studienabschluss in Deutschland. Von den befragten Ärztinnen gaben 77% an, dass sich ihre Weiterbildung durch die Kinder verzögert hatte, von den Ärzten nur 18%. 74% der Ärztinnen unterbrachen die Weiterbildung aufgrund von Kindern und 15% gaben sie ganz auf. Bei den Ärzten waren dies nur 6% respektive 1%. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Gjerberg (2003) bei norwegischen Ärztinnen und Ärzten mit einem durchschnittlichen Alter von 44 Jahren, die in

den Jahren 1980 bis 1983 zugelassen wurden. Bei den Frauen hing die Zahl der Kinder signifikant negativ mit der Wahrscheinlichkeit des Abschlusses einer Facharztweiterbildung zusammen, bei den Männern zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge. Bei den Frauen hingen zudem das Alter bei der Geburt des ersten Kindes und die Zahl der Kinder signifikant mit der Dauer für den Abschluss der Facharztspezialisierung zusammen. Ein höheres Alter beim ersten Kind und eine grössere Anzahl an Kindern verlängerten die Weiterbildungszeit. Bei den Männern dagegen zeigte sich kein Effekt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Heirat und Partnerschaft sich sowohl bei Frauen als auch Männern eher Laufbahn-förderlich auswirken, dass Männer tendenziell von einer nicht berufstätigen Partnerin profitieren und dass Elternschaft bei Männern eher einen positiven und bei Frauen eher einen negativen Einfluss auf die Laufbahnentwicklung hat, insbesondere indirekt über eine reduzierte Berufstätigkeit.

2.6 Laufbahn in der Medizin

In diesem Kapitel werden verschiedene Aspekte einer Laufbahn in der Medizin erläutert. Zunächst werden die häufigsten Laufbahnwege in der Medizin dargestellt, wie sie für die Schweiz und Deutschland typisch sind. Daran schliessen sich Ausführungen zur Feminisierung der Medizin und zur arbeitsmarktbezogenen Geschlechtersegregation an. Weiter wird die Facharztweiterbildung beschrieben, mit einem Fokus auf den Einflussfaktoren der Wahl des Fachgebiets und der Stabilität des Laufbahnzieles. Abschliessend folgt die Darstellung der spezifischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit.

2.6.1 Laufbahnwege in der Medizin

Die Laufbahn in der Medizin ist an institutionell verankerte Muster gebunden. In Abbildung 4 sind die häufigsten Laufbahnwege dargestellt.

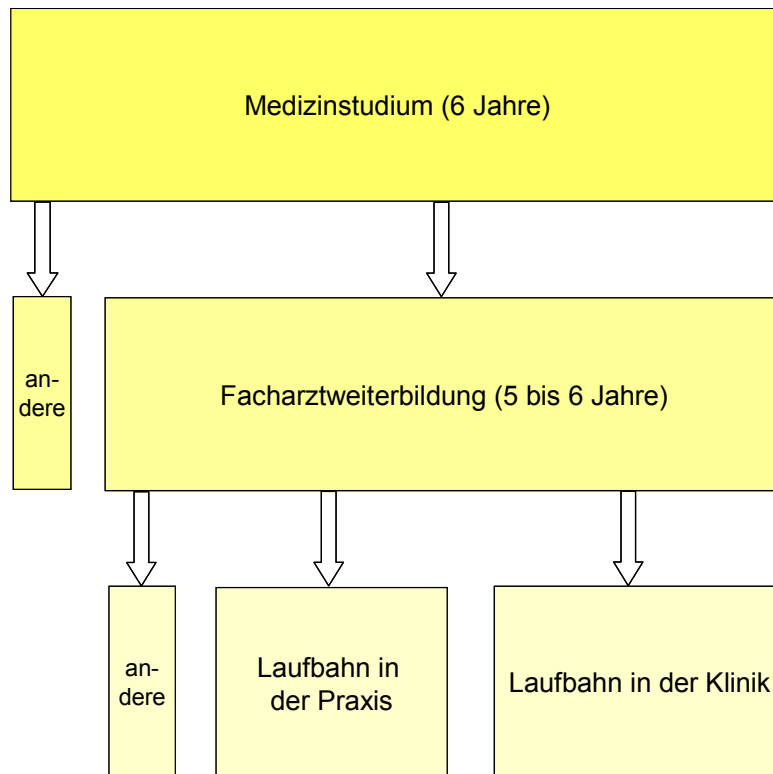


Abbildung 4: Laufbahnwege in der Medizin (eigene Darstellung)

Die berufliche Laufbahn von Ärztinnen und Ärzten beginnt mit einem universitären Studium, welches in der Schweiz sechs Jahre dauert. Seit dem Jahre 1998 ist der Zugang zum Medizinstudium an den Schweizer Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich durch einen Numerus clausus reglementiert, um die Anzahl der Studierenden von Beginn an zu reduzieren, und nicht erst durch Zwischenprüfungen nach den ersten Semestern (Hänsgen, 2007). Nach Abschluss des Studiums streben die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz eine Weiterbildung zum Erwerb eines eidgenössischen Facharzttitels an (Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Vetsch, Abel & Buddeberg, 2002). Von den Teilnehmenden des Karriereprojekts gaben bei der Befragung im letzten Studienjahr 89.4% an, das Ziel einer fachärztlichen Weiterbildung zu haben. Nur 5.6% der Befragten strebten eine berufliche Tätigkeit ohne Facharzttitel beispielsweise in der Pharmaindustrie oder Gesundheitsökonomie an und 5% der Befragten waren hinsichtlich ihres beruflichen Wegs noch unentschieden. In der Schweiz gibt es 44 anerkannte Facharzttitel (FMH, 2008b). Die Weiterbildung bis zum Erwerb eines solchen Facharzttitels dauert je nach Fachgebiet mindestens fünf bis sechs Jahre und findet grösstenteils in Spitälern statt. Der Zugang zu den verschiedenen

Facharztweiterbildungen steht in der Schweiz allen Personen mit abgeschlossenem Medizinstudium offen (FMH, 2007c).

Nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung sind die beiden häufigsten Laufbahnwege eine Fortsetzung der Tätigkeit im Spital oder ein Wechsel von der Spitaltätigkeit zu einer Tätigkeit in einer Arztpraxis. Die Teilnehmenden des Karriereprojekts wurden im fünften bis sechsten Jahr nach Abschluss des Studiums nach der angestrebten Laufbahn gefragt (Buddeberg-Fischer, 2007). Von den Befragten strebten zu diesem Zeitpunkt 40% eine klinische Laufbahn an, 37% eine Tätigkeit in einer Praxis, 8% eine Universitätslaufbahn, 2% strebten eine andere Laufbahn an und 13% waren noch unentschieden. Im Rahmen ihrer retrospektiven Befragung bei Ärztinnen und Ärzten mit 15-jähriger Berufstätigkeit konnten Hoff, Grote, Hohner und Dettmer (2000) in Deutschland fünf Berufsverlaufsmuster feststellen. Das erste Muster bestand aus einem kontinuierlichen beruflichen Aufstieg im Spital von der Assistenzarzt- zur Oberarzt- und Chefarztposition und war bei 23.9% der Befragten zu finden. Das zweite Muster beinhaltete eine kontinuierliche Facharztstätigkeit im Spital ohne Aufstieg und fand sich bei 21,4% der Befragten. Bei 33.9% der Befragten war das dritte Muster, ein Wechsel von einer kontinuierlichen Phase der Tätigkeit im Spital zu einer kontinuierlichen Phase der Tätigkeit in einer Arztpraxis, zu finden. Viertes und fünftes Berufsverlaufsmuster waren durch Diskontinuitäten gekennzeichnet, die aus Unterbrechungen von länger als einem Jahr oder aus Wechseln bei der Beschäftigungsform bestanden. Diese beiden Muster waren bei 16% der Befragten zu finden.

2.6.2 Frauen in der Medizin

Die Medizin war lange Zeit ein von Männern dominiertes Berufsfeld. Seit den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts ist jedoch in den westeuropäischen Ländern eine zunehmende Feminisierung zu beobachten (z.B. Bund-Länder-Kommission, 2004; Gjerberg, 2001). In der Schweiz ist der Anteil der Frauen unter den Studienbeginnenden der Humanmedizin seit 1995 höher als derjenige der Männer und lag im Jahre 2007 bei 63.5% (Bundesamt für Statistik, 2008f). Wie Abbildung 5 zu entnehmen ist, zeichnet sich in den letzten zehn Jahren auch bei den abgeschlossenen medizinischen Staatsexamen ein Trend zu einem höheren Frauenanteil ab (Bundesamt für Statistik, 2008g). Der Anteil der Frauen bei den Staatsexamensabschlüssen lag im Jahre 1998 bei 43.8% und im Jahre 2007 bei 54.3%. Bei den Doktorsabschlüssen in der Humanmedizin erhöhte sich der Anteil der Frauen von 39.2% im Jahre 1998 auf 52.9% im

Jahre 2007 (Bundesamt für Statistik, 2008e). Damit lag im Jahre 2007 der Anteil der Frauen bei den Doktoratsabschlüssen zum ersten Mal über demjenigen der Männer. Der Frauenanteil bei den Habilitationen im Bereich der Humanmedizin an Deutschschweizer Universitäten erhöhte sich in den letzten zehn Jahren ebenfalls deutlich von 8.5% (1997) respektive 3.7% (1998) auf 30.2% (2006) respektive 19.2% (2007) (Bundesamt für Statistik, 2008c). Der Anteil der Frauen unter der Professorenschaft in der Medizin ist jedoch nach wie vor sehr gering und lag im Jahre 2007 bei 8.5% (Bundesamt für Statistik, 2008d).

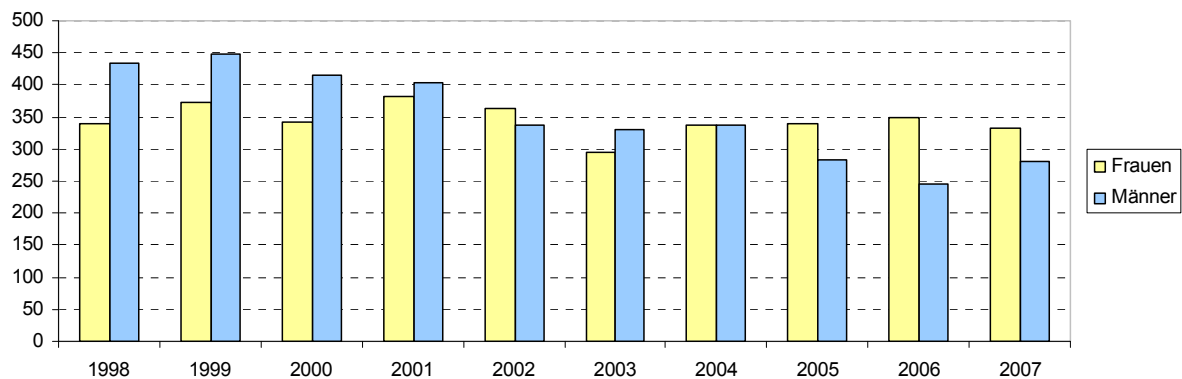


Abbildung 5: Anzahl abgeschlossene Staatsexamen von Frauen und Männern in der Schweiz von 1998 bis 2007 (eigene Darstellung)

Bei den neu erworbenen Facharztstiteln ist in den letzten zehn Jahren ebenfalls eine Erhöhung des Frauenanteils zu beobachten, wie Abbildung 6 zeigt. Im Jahre 1998 lag der Anteil der durch Frauen erworbenen Titel bei 28%, im Jahre 2007 bereits bei 44% (FMH, 2008a). Bei den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten mit Facharzttitel lag der Anteil der Frauen mit 27% im Jahre 2007 jedoch nach wie vor deutlich tiefer als derjenige der Männer (FMH, 2008a). Der Anteil der Frauen bei den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten insgesamt, also mit und ohne Facharzttitel, lag im Jahre 2007 bei 34%. Dieser Anteil erscheint eher gering. Werden die einzelnen Altersgruppen einzeln betrachtet, zeigen sich jedoch deutliche Kohorteneffekte (FMH-Generalsekretariat, 2008a). Bei den jüngeren Altersgruppen waren im Jahre 2007 die Frauen in der Mehrheit: In der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen lag der Anteil der Frauen bei 58.7%, in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen bei 51.4%. Erst in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen kehrte sich das Verhältnis um. Der Anteil der Frauen war mit 45.7% geringer als derjenige der Männer. Mit fortschreitendem Alter erhöhte sich der Anteil der Männer weiter.

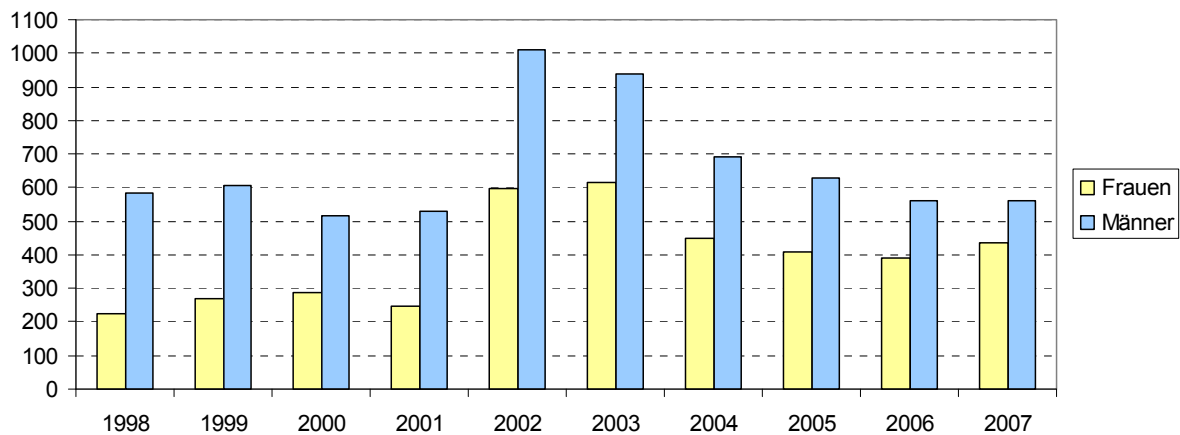


Abbildung 6: Anzahl erworbene Facharztstitel von Frauen und Männern in der Schweiz von 1998 bis 2007 (eigene Darstellung)

Wie in anderen Berufsfeldern ist auch in der Medizin sowohl eine horizontale als auch eine vertikale Geschlechtersegregation zu beobachten (Wetterer, 1993). Ärztinnen und Ärzte schlagen unterschiedliche Laufbahnwege ein und Ärztinnen sind in hierarchisch höheren und prestigeträchtigeren Positionen stark untervertreten. Die horizontale Segregation zeigt sich darin, dass Frauen und Männer unterschiedliche Fachgebiete bevorzugen. Werden die erworbenen Facharztstitel der Jahre 2006 und 2007 in der Schweiz betrachtet, waren Frauen in den Fachgebieten der Gynäkologie und Geburtshilfe mit 56% respektive 81%, der Pädiatrie mit 67% respektive 70% und der Psychiatrie mit 57% respektive 54% anteilmässig übervertreten. Männer waren in den operativen Fächern mit 83% respektive 84% anteilmässig übervertreten (FMH-Generalsekretariat, 2007, 2008c). Analoge überproportionale Anteile von Frauen und Männern finden sich für die genannten Fachgebiete auch in anderen westeuropäischen Ländern (Bund-Länder-Kommission, 2004; Gensch, 2007; Gjerberg, 2001; Lambert, Goldacre & Turner, 2006). Fachgebiete mit einem hohen Männeranteil sind gleichzeitig die prestigeträchtigeren Gebiete. Die vertikale Segregation äussert sich darin, dass Frauen weniger häufig in hierarchisch höheren und prestigeträchtigeren Positionen anzutreffen sind als Männer. Im Rahmen der retrospektiven Untersuchung von Hoff et al. (2000) bei deutschen Ärztinnen und Ärzten zeigte sich, dass im Muster des kontinuierlichen Aufstiegs der Anteil der Männer mit 73.8% deutlich höher war als derjenige der Frauen. Bei den Laufbahnmustern der kontinuierlichen Facharztztätigkeit im Spital und des Wechsels von einer kontinuierlichen Phase der Tätigkeit im Spital zu einer kontinuierlichen Phase der Tätigkeit in einer Arztpraxis waren die Anteile der Frauen und

Männer etwa gleich hoch. Deutlich übervertreten waren die Frauen jedoch in den beiden diskontinuierlichen Mustern mit einem Anteil von 95.2% beziehungsweise 71.4%. Weiter hatten Ärzte in allen Berufsverlaufsmustern ein höheres Einkommen als Ärztinnen und waren überproportional häufig in prestigeträchtigen Fachgebieten vertreten (Hohner et al., 2003). In Deutschland lag der Frauenanteil bei allen berufstätigen Medizinerinnen im Jahre 2002 bei 38%, bei den leitenden Funktionen in Spitälern jedoch nur bei 10% (Bund-Länder-Kommission, 2004). Für die Schweiz sind keine analogen Zahlen verfügbar, es kann jedoch angenommen werden, dass die Verhältnisse ähnlich gestaltet sind.

2.6.3 Facharztweiterbildung

2.6.3.1 Organisation der Facharztweiterbildung in der Schweiz

In der Schweiz werden die allgemeinen Grundsätze der Facharztweiterbildung durch eine Weiterbildungsordnung (WBO) geregelt (FMH, 2007c). Neben dieser allgemeinen Weiterbildungsordnung gibt es für jeden einzelnen Facharzttitel ein Weiterbildungsprogramm. In diesem Programm werden die spezifischen Anforderungen aufgelistet, wie die Reihenfolge und Art der zu absolvierenden Weiterbildungsjahre, die Art der Institutionen, an welchen bestimmte Teile der Ausbildung zu absolvieren sind, der Besuch von Kursen und die Erstellung von Publikationen. Zur Illustration werden die Facharztweiterbildungen zum Erlangen des Facharzttitels in Innerer Medizin und in Chirurgie genauer erläutert. Der Erwerb des Facharzttitels in Innerer Medizin dauert mindestens fünf Jahre (FMH, 2007b). Von diesen fünf Jahren muss die Hälfte im Bereich der stationären Inneren Medizin absolviert werden. Weiter wird ein Jahr ambulante Weiterbildung gefordert, und maximal eineinhalb Jahre in Fachgebieten, welche der Inneren Medizin nahestehen. Innerhalb dieser eineinhalb Jahre darf auch maximal ein Jahr Forschungstätigkeit an einer anerkannten Institution angerechnet werden. Weitere Anforderungen sind der Besuch von Kursen und die Publikation einer wissenschaftlichen Arbeit als Erst- oder Mitautor. Der Erwerb des Facharzttitels in Chirurgie dauert mindestens sechs Jahre (FMH, 2007a). Von diesen sechs Jahren müssen vier Jahre auf der Chirurgie absolviert werden. Höchstens zwei Jahre werden in einer chirurgischen Spezialdisziplin oder in wissenschaftlicher Tätigkeit in einer universitären oder vergleichbaren Weiterbildungsstätte angerechnet. Ein wichtiges Element der Weiterbildung ist das Erfüllen des Operationskataloges, welcher die Mindestanforderungen an operativer Tätigkeit festlegt. Verlangt wird weiter der Besuch von

verschiedenen Kursen und die Publikation einer wissenschaftlichen Arbeit als Erst- oder Letztautor. In beiden Weiterbildungsprogrammen werden zudem Vorschriften gemacht zur Art der Institutionen, in welchen bestimmte Teile der Weiterbildung absolviert werden müssen oder dürfen. Auf der Grundlage der Anforderungen der Weiterbildungsprogramme müssen sich die jungen Ärztinnen und Ärzte ihre Stellen organisieren. In bestimmten Fachgebieten sind Weiterbildungsstellen relativ rar und eine vorausschauende Planung ist hilfreich, um während der Weiterbildung nicht zu viel Zeit zu verlieren. Stellenwechsel sind aufgrund der Anforderungen relativ häufig nötig.

2.6.3.2 Einflussfaktoren der Wahl der Facharztspezialisierung

Die Wahl der Facharztspezialisierung ist ein wichtiger Aspekt der Laufbahnentwicklung von Ärztinnen und Ärzten. Es kann davon ausgegangen werden, dass beim Entscheid für eine bestimmte Fachrichtung wie bei der Laufbahnentwicklung insgesamt Geschlecht, personenbezogene Faktoren und Faktoren des beruflichen und privaten Umfelds einen Einfluss ausüben. Im Folgenden werden Ergebnisse von Untersuchungen zu Einflussfaktoren der Facharztwahl dargestellt, zuerst zum Einfluss des Geschlechts, dann personenbezogene Faktoren wie Interessen und Fähigkeiten und schliesslich Kontextfaktoren wie Arbeitszeiten, Aufstiegsmöglichkeiten, Prestige und Einkommen, die persönliche Lebenssituation und Mentoring. Weiter wird die Relevanz von bestimmten Faktoren für die Wahl von unterschiedlichen Fachgebieten erläutert.

Einfluss des Geschlechts

Wie in Kap. 2.6.2 erwähnt, zeigen sich bei der Wahl der Facharztspezialisierung Geschlechtsunterschiede, die sich darin äussern, dass bestimmte Fachgebiete von Frauen und andere von Männern bevorzugt gewählt werden. Erklärungen für diese Unterschiede gehen einerseits von personenbezogenen Einflüssen wie geschlechtsspezifischen Vorlieben und andererseits von äusseren, strukturellen Einflüssen aus (Gjerberg, 2001). So kann argumentiert werden, dass die Vorliebe von Frauen für Psychiatrie, Gynäkologie und Pädiatrie auf geschlechtsspezifische Unterschiede in Interessen und Fähigkeiten zurückzuführen ist, die durch die Sozialisation geprägt wurden. Die anteilmässig geringere Vertretung von Frauen in chirurgischen Fächern könnte durch Schliessungsmechanismen erklärt werden (Wetterer, 1993). Bei Medizinstudierenden sowie Ärztinnen und Ärzten

konnten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der selbst eingeschätzten Relevanz von verschiedenen Kriterien für die Wahl einer Facharztspezialisierung identifiziert werden. Im Rahmen des Karriereprojekts wurden Studierende im letzten Studienjahr nach der Relevanz von verschiedenen Aspekten für die Wahl befragt (Buddeberg-Fischer & Klaghofer, 2005). Für Frauen wichtiger als für Männer waren die Aspekte intensiver Patientenkontakt, gute Vereinbarkeit mit einer eigenen Familie, Überschaubarkeit des Fachgebietes und kurze Ausbildungsdauer. Für Männer dagegen waren die Aspekte manuell-operative Tätigkeit, technisch-apparative Tätigkeit, Forschungstätigkeit, hohes Einkommen und hohes Ansehen wichtiger als für Frauen. Murdoch, Kressin, Fortier, Giuffre und Oswald (2001) fanden in ihrer Untersuchung bei amerikanischen Medizinstudierenden ähnliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Laufbahn-relevanter Einstellungen und Interessen. Frauen gewichteten die biosoziale Orientierung, Vermeidung von Rollenstress (beispielsweise durch Teilzeitarbeit) und Rollenunterstützung höher als Männer. Dagegen war bei den Männern die biowissenschaftliche Orientierung und das akademische Interesse ausgeprägter, Prestige und Einkommen von höherer Relevanz. Geschlechtsunterschiede bei der Einschätzung der Relevanz von Kriterien für die Wahl der Facharztspezialisierung zeigten sich auch bei norwegischen Ärztinnen und Ärzten in der Untersuchung von Gjerberg (2003). Retrospektiv befragt gaben von den durchschnittlich 44-jährigen Befragten 51% der Frauen und nur 23% der Männer an, dass die Betreuung von Kindern ein wichtiger Aspekt bei der Wahl war. Weiter schätzten 51% der Frauen und nur 30% der Männer die Möglichkeit, den Beruf mit der Verantwortung für Kinder zu kombinieren, als wichtiges Wahlkriterium ein.

Personenbezogene Faktoren

Eine wichtige Rolle bei der Wahl der Facharztspezialisierung scheinen die personenbezogenen Faktoren Interessen und Fähigkeiten zu spielen. Gensch (2007) untersuchte die Motive für die Wahl der Facharztspezialisierung bei Ärztinnen und Ärzten in Deutschland vier bis fünf Jahre nach ihrer Zulassung. Von dreizehn vorgegebenen Kriterien wurde von den Befragten das Interesse am Fachgebiet mit einem Anteil von 85% am häufigsten als Motiv genannt. Die australischen Medizinabsolventen in der Untersuchung von Harris, Gavel und Young (2005) schätzten das Kriterium der eigenen Fähigkeiten als eines von 22 Kriterien mit einem Anteil von 79% am häufigsten als wichtig ein. Ähnlich werteten die britischen Medizinabsolventen in der Kohortenstudie der British Medical Association (2007) die Relevanz dieser beiden Faktoren für die Wahl der Facharztspezialisierung. Jeweils

65% der Befragten schätzten das eigene Interesse und die eigenen Fähigkeiten als wichtig ein. Ein weiterer Einflussfaktor ist die Persönlichkeit. Bei den amerikanischen Medizinabsolventen in der Untersuchung von Jarecky, Schwartz, Haley und Donnelly (1991) war die wahrgenommene Passung der Persönlichkeit nach Einschätzung der Befragten der wichtigste von fünf Einflussfaktoren. Borges und Osmon (2001) untersuchten, inwieweit sich Ärztinnen und Ärzte aus den Fachbereichen der Allgemeinen Chirurgie, Anästhesiologie und Allgemeinmedizin hinsichtlich ihrer Persönlichkeit unterscheiden. Signifikante Unterschiede zwischen den Angehörigen der drei Fachgruppen zeigten sich hinsichtlich der Persönlichkeitsfaktoren *rule-consciousness*, *abstractedness*, *vigilance* und dem globalen Faktor *tough-mindedness*. Ärztinnen und Ärzte der Chirurgie hatten im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen höhere Werte beim globalen Faktor *tough-mindedness*, was darauf hindeutet, dass sie entscheidungsfreudiger, belastbarer, distanzierter, weniger durch Gefühle beeinflusst und anderen Ansichten gegenüber weniger offen sind als die Befragten der Fachbereiche Anästhesiologie und Allgemeinmedizin. Ärztinnen und Ärzte der Anästhesiologie hatten höhere Werte beim Faktor *vigilance*, was dadurch erklärbar ist, dass Wachsamkeit bei der Ausübung ihrer Tätigkeit von hoher Relevanz ist. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner hatten höhere Werte bei *rule-consciousness* und *abstractedness*, was darauf hindeutet, dass sie sich der Regeln vermehrt bewusst sind und phantasievoller, ideenorientierter sowie weniger praktisch orientiert sind als Angehörige der beiden anderen Fachgruppen.

Kontextfaktoren

Bei den äusseren Faktoren scheint der so genannte Lebensstil von zunehmender Relevanz bei der Entscheidung für eine Facharztspezialisierung zu sein. Dieser wird in den entsprechenden Untersuchungen definiert über das Ausmass der Planbarkeit der Arbeitszeiten, die Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten und die verfügbare Zeit für die Familie (Dorsey, Jarjoura & Rutecki, 2005; Newton, Grayson & Thompson, 2005). Newton et al. (2005) erhoben von 1998 bis 2004 bei amerikanischen Medizinstudierenden im vierten Studienjahr die Relevanz von verschiedenen Einflussfaktoren für die Wahl der Facharztspezialisierung. Sie stellten fest, dass Faktoren des Lebensstils über den erfassten Zeitraum hinweg immer wichtiger für die Wahl wurden. Dorsey et al. (2005) erfassten von 1996 bis 2003 die angestrebte Facharztspezialisierung bei amerikanischen Medizinabsolventen. Sie unterteilten die Facharztspezialisierungen in eine Gruppe mit kontrollierbarem Lebensstil und eine

Gruppe mit unkontrollierbarem Lebensstil und stellten fest, dass die Häufigkeit der Wahl von Facharztspezialisierungen mit einem kontrollierbaren Lebensstil über den beobachteten Zeitraum sowohl bei Frauen als auch bei Männern signifikant zunahm. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Lambert und Holmboe (Lambert & Holmboe, 2005), die bei den amerikanischen Medizinabsolventen in ihrer Untersuchung von 1990 bis 2003 ein um 20% abnehmendes Interesse für Fachbereiche mit unkontrollierbarem Lebensstil feststellten. Aspekte der Arbeitszeiten wurden auch von britischen und australischen Medizinstudierenden kurz vor oder nach Studienabschluss als wichtige Kriterien für die Wahl der Facharztspezialisierung eingeschätzt (British Medical Association, 2007; Harris et al., 2005). Von etwas geringerer Relevanz als Aspekte der Arbeitszeiten scheinen finanzielle Aspekte, Prestige und Aufstiegsmöglichkeiten hinsichtlich der Entscheidung für eine Facharztspezialisierung zu sein. Bei britischen Medizinabsolventen waren die Möglichkeiten zum Aufstieg für rund 60% der Befragten ein wichtiger Faktor für die Wahl, und die finanziellen Aussichten für rund 55% der Befragten, gegenüber einem Anteil von 72% bei den Arbeitsstunden (British Medical Association, 2007). Bei den australischen Medizinabsolventen spielten Aufstieg, Prestige und Einkommen ebenfalls eine geringere Rolle als die Arbeitszeiten (Harris et al., 2005): 33% der Befragten schätzten die Aufstiegsmöglichkeiten als wichtig für die Wahl der Spezialisierung ein, 17% das Prestige und 16% das Einkommen, gegenüber einem Anteil von 56% respektive 54% bei flexiblen Arbeitszeiten und fachtypischer Anzahl der Arbeitsstunden. Ein weiterer Einflussfaktor, der mit Aspekten des Lebensstils zusammenhängt, ist die private Lebenssituation. Bei den britischen Medizinabsolventen schätzten 65% der Befragten die Lebenssituation als wichtiges Kriterium für die Wahl des Fachbereichs ein (British Medical Association, 2007), bei den australischen Absolventen 44% (Harris et al., 2005). Auch Mentoring konnte als Einflussfaktor der Wahl der Facharztspezialisierung identifiziert werden. Sambunjak, Straus und Marusic (2006) berichteten in ihrer Übersicht zu Mentoring in der Medizin von neun Studien im Zusammenhang mit der Wahl der Facharztspezialisierung. Gemäss diesen Studien haben Mentoren eine beratende Funktion hinsichtlich des Entscheids für eine Spezialisierung und wirkten als Rollenmodelle. Zudem war nach Angaben der Befragten die Präsenz eines Mentors in einem Fachbereich ein wichtiges Kriterium für die Wahl dieses Bereichs.

Einflussfaktoren in Abhängigkeit vom Fachbereich

Die Einflussfaktoren der Wahl der Facharztspezialisierung können in Abhängigkeit vom Fachbereich von unterschiedlicher Relevanz sein. Lawrence, Poole und Diener (2003) untersuchten Einflussfaktoren der Facharztwahl bei neuseeländischen Ärztinnen im durchschnittlichen Alter von 37 Jahren. Während der wichtigste Faktor, das Interesse, für die Befragten aller Fachbereiche eine vergleichbare Relevanz hatte, spielte der zweitwichtigste Faktor, die so genannte Flexibilität des Fachs, je nach Fachbereich eine unterschiedliche Rolle. Flexibilität des Fachs wurde definiert mit Aspekten wie regelmässigen Arbeitszeiten, Möglichkeit zur Teilzeitausbildung, Kompatibilität mit Familienverpflichtungen, Fehlen von Pikettdienst etc. Für Ärztinnen mit der Wahl von operativen Fächern oder Gynäkologie und Geburtshilfe hatte die Flexibilität des Faches eine deutlich geringere Relevanz als für Frauen, die andere Fachbereiche wählten. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Untersuchung von Jarecky et al. (1991). Junge britische Ärztinnen und Ärzte mit dem Ziel einer operativen Facharztspezialisierung schätzten die Relevanz der Faktoren Zeit für Familienaktivitäten und Anzahl Arbeitsstunden signifikant geringer ein als solche mit einem anderen Laufbahnziel. Murdoch et al. (2001) fanden bei amerikanischen Medizinstudierenden ebenfalls je nach angestrebtem Fachbereich unterschiedliche Zusammenhänge zu Wahlkriterien. Hohe Werte bei den Skalen biowissenschaftliche Orientierung, Prestige und Einkommen korrelierten positiv mit dem Interesse der Studierenden an operativen Fächern und negativ mit dem Interesse an Hausarztmedizin. Hohe Werte bei den Skalen biosoziale Orientierung, Vermeidung von Rollenstress und Rollenunterstützung korrelierten negativ mit dem Interesse an operativen Fächern sowie Radiologie und positiv mit dem Interesse an der Hausarztmedizin. Welches sind spezifische Einflussfaktoren bei der Wahl operativer Fächer? Sanfey, Saalwachter-Schulman, Nyhof-Young, Eidelson und Mann (2006) untersuchten das Interesse an operativen Fächern bei amerikanischen Medizinstudierenden. Eine hohe Zustimmung zeigte sich bei den befragten Männern und Frauen zu den Aussagen, dass Chirurgen ein hohes Prestige haben (86% und 90%), das Arbeitsergebnis sofort sehen (88% und 85%), eine lohnende Karriere (83% und 76%) und ein höheres Einkommenspotential haben (70% und 73%). Dass Chirurgen ein ausgewogenes Leben führen, verneinten jedoch 68% respektive 75% der befragten Männer und Frauen und gaben zu 70% respektive 75% an, dass diese Tatsache sie von den chirurgischen Fächern abschrecke. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Azizzadeh et al. (2003) in ihrer Untersuchung zum Zusammenhang von verschiedenen Kriterien mit der Wahl operativer Fächer bei amerikanischen

Medizinstudierenden. Mit der Wahl von operativen Fächern korrelierten die Kriterien Prestige und Karrieremöglichkeiten signifikant positiv, die Kriterien Lebensstil während der Weiterbildungszeit, Arbeitsstunden während der Weiterbildungszeit und Qualität der Patientenbeziehungen signifikant negativ. Tambyraja, McCrea, Parks und Garden (2008) untersuchten die Einstellung gegenüber Allgemeiner Chirurgie bei britischen Studierenden. Als wichtigste attraktive Aspekte des Fachs zeigten sich das herausfordernde Weiterbildungsprogramm und das hohe Prestige des Fachbereichs, wobei das hohe Prestige für Männer wichtiger war als Frauen. Wichtigste abschreckende Faktoren waren familiäre Gesichtspunkte und das Opfer an persönlicher Zeit, wobei familiäre Gesichtspunkte für Frauen wichtiger waren als für Männer. Insgesamt scheinen also operative Fächer attraktiv aufgrund ihres Prestiges und ihrer Karrieremöglichkeiten, Arbeitszeiten und schlechte Vereinbarkeit der Weiterbildung sowie der Berufstätigkeit mit dem Privatleben stellen jedoch abschreckende Faktoren dar.

2.6.3.3 Stabilität und Wechsel bei der Wahl der Facharztspezialisierung

Wie sieht es aus mit der Stabilität einer einmal getroffenen Wahl der Facharztspezialisierung, und welches sind Gründe für einen Wechsel beim Laufbahnziel? Goldacre und Lambert (2000) befragten britische Ärztinnen und Ärzte ein Jahr sowie drei Jahre nach Abschluss des Studiums nach der angestrebten Facharztspezialisierung. Bei 74% der Befragten blieb der angestrebte Fachbereich derselbe, bei 26% gab es einen Wechsel. Dabei war der Anteil der stabilen Wahl bei den Männern mit 78% etwas höher als bei den Frauen mit 70%. Von den Befragten gaben zum zweiten Erhebungszeitpunkt 47% an, die angestrebte Facharztspezialisierung sei definitiv, 41% gaben an, sie sei sehr wahrscheinlich, und 12% der Befragten waren sich hinsichtlich des Entscheids noch unsicher. Dieselbe Forschergruppe untersuchte retrospektiv die Gründe für einen Wechsel bei der angestrebten Facharztspezialisierung bei britischen Ärztinnen und Ärzten ein Jahr nach Abschluss des Studiums (Lambert, Davidson, Evans & Goldacre, 2003). Von den befragten jungen Ärztinnen und Ärzten gaben 34% an, die angestrebte Facharztspezialisierung gewechselt zu haben. Beim Vergleich der Verteilung der gewechselten Fachbereiche mit den gewählten Fachbereichen zeigte sich, dass Spezialisierungen in den Bereichen operative Fächer, Pädiatrie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe bei den verworfenen Fachbereichen anteilmässig übervertreten waren. Die mit einer offenen Frage erfassten Gründe für den

Wechsel wurden den sieben Kategorien Freude am Arbeitsinhalt, Arbeitsbeziehungen, Weiterbildung, Lebensqualität, Laufbahnweg, Selbsteinschätzung und persönliche Gründe zugeordnet. Für den Wechsel nannten 48% der Befragten Gründe der Lebensqualität, 40% Gründe des Tätigkeitsinhalts, 24% Gründe der Laufbahn, 14% Gründe der Weiterbildung und 13% Gründe der Arbeitsbeziehungen. Bei der Häufigkeit der Nennung bestimmter Gründe zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede. Frauen nannten häufiger Gründe der Lebensqualität, Männer häufiger Gründe des Tätigkeitsinhalts. Für die verschiedenen Fachbereiche wurden gewisse Gründe für den Wechsel überproportional häufig genannt: Beim Wechsel weg von operativen Fächern, Fächern der Inneren Medizin und Pädiatrie waren dies Gründe der Lebensqualität, beim Wechsel weg von Allgemeinmedizin und Psychiatrie waren dies Gründe des Tätigkeitsinhaltes und beim Wechsel weg von Gynäkologie und Geburtshilfe Gründe der Laufbahn. Jarecky et al. (1991) untersuchten die Stabilität der angestrebten Facharztspezialisierung bei britischen Ärztinnen und Ärzten ein Jahr bis 25 Jahre nach Abschluss des Studiums. Von den Befragten gaben 27% an, die Facharztspezialisierung gewechselt zu haben. Von fünf zur Auswahl stehenden Gründen für den Wechsel der Spezialisierung wurden die Gründe Zeit für Familienaktivitäten und Zeit für Freizeitaktivitäten im Durchschnitt als am wichtigsten bewertet. Durchschnittlich als weniger wichtig für den Wechsel beurteilt wurden die Gründe Verlust des Interesses, ungenügende Übereinstimmung zwischen Fachgebiet und Fähigkeiten sowie Persönlichkeit und Besonderheiten des Fachgebiets. Gemäss den genannten Untersuchungen wechseln also insgesamt etwa knapp ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte während der Weiterbildungszeit die angestrebte Facharztspezialisierung. Häufige Gründe dafür sind Lebensqualität und Tätigkeitsinhalt.

2.6.4 Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit

2.6.4.1 Belastungen im Arztberuf

Die ärztliche Tätigkeit ist mit verschiedenen spezifischen Belastungen verbunden. Buddeberg-Fischer und Ackermann-Liebrich (Buddeberg-Fischer & Ackermann-Liebrich, 2004) ordneten sie folgenden sich teilweise überlappenden Kategorien zu:

- Verantwortung für Patienten/Patientinnen
- Zeitfaktor
- Fachliche Kompetenz und Konkurrenzdruck

- Emotionale Belastung
- Administration und Management
- Wirtschaftlichkeit
- Rollenkonflikte

Ärztinnen und Ärzte tragen bei der Ausübung ihres Berufs eine hohe Verantwortung für die Gesundheit und das Leben anderer Menschen, was am Berufsanfang zu Versagensängsten führen kann (Buddeberg-Fischer & Ackermann-Liebrich, 2004). Einer der wichtigsten Stressoren des Arztberufs beruht auf dem Zeitfaktor. Ärztinnen und Ärzte haben das Gefühl, ständig unter Zeitdruck zu stehen und ihre Zeit nicht selbst einteilen zu können. Die Ansprüche an die fachliche Kompetenz sind hoch, da schwierige diagnostische und therapeutische Entscheide im Alltag eine hohe intellektuelle und emotionale Präsenz erfordern. Da Ärztinnen und Ärzte ihre Tätigkeit vermehrt als Dienstleistung anbieten, erhöht dies den Konkurrenzdruck unter der Ärzteschaft. Emotionale Belastung erleben Ärztinnen und Ärzte in der Beziehung zu den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und zu Mitarbeitenden im jeweiligen beruflichen Kontext. Während Aus- und Weiterbildung werden kaum Managementkenntnisse zum Führen einer Station, einer Abteilung oder einer Praxis vermittelt, so dass dies zu einem Gefühl führen kann, den Anforderungen des Alltags nicht gewachsen zu sein. Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit befinden sich Ärztinnen und Ärzte in einem Spannungsfeld. Einerseits wollen sie den Wünschen der Patientinnen und Patienten nach den neusten Kenntnissen möglichst optimal gerecht werden, andererseits sollten sie ihre diagnostischen und therapeutischen Massnahmen in Bezug auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit genau abwägen. Ärztinnen und Ärzte sind verschiedenen Rollenkonflikten ausgesetzt, beispielsweise zwischen den Interessen eines Patienten und den Anweisungen des Vorgesetzten oder ihrem beruflichen Engagement und Rollenanforderungen im Privatleben. Weitere Belastungsfaktoren können hierarchische Klinikstrukturen, schlechtes Arbeitsklima, mangelndes Feedback, unklare Erfolgskriterien, geringe Entlohnung sowie berufspolitische Aspekte darstellen (Stiller & Busse, 2008).

Verschiedene Untersuchungen bestätigten die genannten Belastungsfaktoren. Als problematische Erfahrungen während ihres praktischen Jahres nannten Medizinstudierende anlässlich von Fokusgruppendifkussionen folgende Aspekte (Buddeberg-Fischer et al., 2002):

- hohe Arbeitsbelastung
- lange Arbeitszeiten
- Leistungs- und Konkurrenzdruck
- Zu grosse Verantwortung
- Schlechtes Arbeitsklima
- Tabuisierung des Arbeitsstresses
- Wenig Unterstützung
- Geringe Solidarität
- Biologistisches Menschenbild
- Versachlichte Patientenbeziehung
- Unklares Ausbildungskonzept

Drei bis vier Jahre nach Berufseinstieg schätzten deutsche Ärztinnen und Ärzte finanzielle Sorgen, zu wenig Freizeit, mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit dem Privatleben und die hohe Verantwortung als wichtigste Belastungsfaktoren ein (Stiller & Busse, 2008). Die grössten Defizite, gemessen am Verhältnis zwischen eingeschätzter Relevanz und Zufriedenheit erlebten Schweizer Assistenz- und Oberärzte hinsichtlich freier Zeit, zukünftiger Karriereaussichten, klaren Managements und angemessenen Feedbacks zur persönlichen Leistung (Biaggi, Peter & Ulich, 2003). Von 350 befragten Ärztinnen und Ärzten eines schwedischen Spitals gaben 46% an, selten oder nie eine Rückmeldung zu erhalten, dass sie etwas gut gemacht haben, und 71% gaben an, selten oder nie eine Rückmeldung zu einer weniger gut erledigten Aufgabe zu bekommen (Arnetz, 2001). Das Erleben eines Rollenkonflikts zwischen Anforderungen des Berufslebens und dem Privatleben stand bei einer nach Geschlecht, Alter und Fachbereich stratifizierten Stichprobe von amerikanischen Ärztinnen und Ärzten in einem signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl der Arbeits- und Pikettstunden pro Woche, mit der Kontrolle über die Arbeitszeiteinteilung, dem Fachbereich, der Anzahl zu Hause lebender Kinder und dem Alter (Keeton, Fenner, Johnson & Hayward, 2007). Weniger Konflikte erlebten Ärztinnen und Ärzte mit weniger wöchentlichen Arbeits- und Pikettstunden, mehr Kontrolle über die Zeiteinteilung, einer Tätigkeit im Fachbereich der Inneren Medizin im Vergleich mit operativen Fächern, ältere Ärztinnen und Ärzte und solche mit weniger Kindern. Signifikante Prädiktoren von emotionaler Erschöpfung bei im Spital tätigen durchschnittlich 40-jährigen deutschen Ärztinnen und Ärzten waren männliches Geschlecht, Selbstwirksamkeit, erlebte

Sinnhaftigkeit der Tätigkeit und Sozialkapital im Spital im Sinne eines vertrauensvollen Betriebsklimas mit gemeinsamen Werten (Ommen, Driller, Janssen, Richter & Pfaff, 2008). Selbstwirksamkeit, erlebte Sinnhaftigkeit und erlebtes Sozialkapital standen in einem negativen Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung, männliches Geschlecht in einem positiven. Keinen Einfluss hatten Alter, Zivilstand und berufliche Erfahrung.

Je nach Arbeitskontext können sich die Arbeitsbelastungen und in Abhängigkeit davon die Arbeitszufriedenheit unterscheiden. Bovier und Perneger (2003) untersuchten die Arbeitszufriedenheit von 1184 Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz, die in unterschiedlichen Positionen in Spitälern oder Praxen arbeiteten. Am tiefsten war die Zufriedenheit mit den Aspekten Patientenversorgung, Arbeitsbelastung, Einkommen sowie Prestige, persönliche Belohnungen und berufliche Beziehungen bei den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Die in Praxen angestellten Ärztinnen und Ärzte hatten insgesamt vergleichbare Zufriedenheitswerte, sie schätzten jedoch ihre Zufriedenheit hinsichtlich Arbeitsbelastung besser ein. Im Spital tätige Ärztinnen und Ärzte in Vorgesetztenposition gaben die höchste Zufriedenheit an in den Bereichen Einkommen und Prestige, persönliche Belohnungen sowie berufliche Beziehungen, selbstständige Ärztinnen und Ärzte in privaten Praxen zeigten die höchste Zufriedenheit bei den Aspekten der Patientenversorgung und der Arbeitsbelastung. Die Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit scheinen also für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung am wenigsten zufriedenstellend und mit den grössten Belastungen verbunden zu sein.

2.6.4.2 Teilzeittätigkeit in der Medizin

Die Medizin war ursprünglich eine Männer-dominierte Profession, in welcher Teilzeittätigkeit nicht möglich war. Hohe Ansprüche in Bezug auf Qualität und Kontinuität der medizinischen Betreuung resultierten in langen Arbeitszeiten (Lugtenberg, Heiligers, De Jong & Hingstman, 2006). Dazu kam, dass traditionellerweise das ärztliche Ethos auf ein hohes berufliches Engagement zu Lasten von persönlichen und familiären Bedürfnissen ausgerichtet war. Aufgrund der insgesamt abnehmenden Zentralität der Arbeit im Leben von Menschen und der Notwendigkeit insbesondere für Frauen, berufliche und familiäre Rollen zu vereinbaren, hat in den letzten zwei Jahrzehnten der Anteil der Teilzeittätigkeit jedoch auch in der Medizin zugenommen. In der Schweiz lag der Anteil der teilzeittätigen Ärztinnen und Ärzte im Jahre

1980 bei 7% (Gilliand, 1986) und im Jahre 2000 bei 16.5% (Bundesamt für Statistik, 2008a), mit einem Anteil von 36% bei den Frauen und einem Anteil von 7% bei den Männern. Während der Weiterbildungszeit arbeiten verhältnismässig wenige Ärztinnen und Ärzte Teilzeit (Siegrist, Orlow & Giger, 2005). Bei der Befragung aller Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in der Schweiz im Jahre 2004 gaben 96% der Männer und 84% der Frauen an, eine Vollzeitstelle innezuhaben. Vermutlich sind drei Gründe für die hohen Anteile an Vollzeitbeschäftigten ausschlaggebend: Erstens verlängert sich bei Teilzeittätigkeit die Weiterbildungszeit entsprechend, zweitens darf in gewissen Facharztbereichen maximal die Hälfte der fachspezifischen Weiterbildung in Teilzeit absolviert werden (Hänggeli, 2008), und drittens ist das Angebot an Teilzeitstellen limitiert (Heuss & Hänggeli, 2003). Bei den Frauen zeigten sich zwischen den Fachgebieten deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Teilzeittätigkeit (Siegrist et al., 2005). In Fächern der Psychiatrie lag der Anteil der Vollzeitstellen zwischen 46% und 58%, in Allgemeinmedizin, Innerer Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Gynäkologie zwischen 91% und 92%. Dagegen lag der Anteil der vollzeittätigen Frauen in der Allgemeinen Chirurgie und der Orthopädischen Chirurgie bei 100%. Bei den Männern zeigte sich nur in Fächern der Psychiatrie mit 15% ein erhöhter Anteil an Teilzeittätigen. Das Angebot an Teilzeitstellen während der Weiterbildungszeit hängt also vom entsprechenden Fachbereich ab und in geringerem Masse auch vom Frauenanteil im entsprechenden Fach (Heuss & Hänggeli, 2003). Möglicherweise führt die zunehmende Feminisierung der Medizin in Zukunft zu einer grösseren Nachfrage an Teilzeitstellen und folglich zu einer Erhöhung des Anteils der Teilzeitstellen in Fächern mit bisher geringer Verfügbarkeit solcher Stellen. Umgekehrt ist jedoch auch denkbar, dass der Mangel an verfügbaren Teilzeitstellen eine Barriere für Frauen darstellt, solche Fachgebiete zu wählen. Nach abgeschlossener Facharztweiterbildung ist eine Teilzeittätigkeit im Spital einfacher zu realisieren als während der Weiterbildungszeit. Bei einer Praxistätigkeit bietet vor allem die Gruppenpraxis gute Möglichkeiten für eine Teilzeittätigkeit.

Eine Forschergruppe aus den Niederlanden untersuchte die Einstellung gegenüber der Teilzeittätigkeit bei Ärztinnen und Ärzten (Heiligers & Hingstman, 2000; Lugtenberg et al., 2006). Lugtenberg et al. (2006) befragten in Allgemeinspitälern tätige Internistinnen und Internisten in den Jahren 1996 und 2004 zu ihrer Einstellung. Im Jahr 1996 hatten die Befragten durchschnittlich eine leicht negative Haltung gegenüber Teilzeitarbeit, wobei Ärztinnen und Ärzte mit Teilzeittätigkeit und Frauen unabhängig vom Arbeitspensum eine

positivere Einstellung hatten als Ärztinnen und Ärzte mit Vollzeittätigkeit respektive Ärzte. Im Jahr 2004 war die Einstellung gegenüber Teilzeitarbeit bei den Befragten durchschnittlich positiver als 1996, und es zeigte sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied mehr. Dafür zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen Einstellung und Alter, eigener Teilzeittätigkeit sowie Anzahl Arbeitsstunden, mit einer positiveren Einstellung bei jüngeren Personen, Teilzeittätigen und Ärztinnen und Ärzten mit geringerer wöchentlicher Arbeitszeit. Heiligers und Hingstman (2000) untersuchten die Einstellung zur Teilzeittätigkeit bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche. Bei Ärztinnen und Ärzten mit Spezialisierung in Psychiatrie, Ophthalmologie und Hausarztmedizin, also Fächern mit verbreiteter Praxistätigkeit, war diese bei 56% bis 59% der Befragten positiv. Bei Ärztinnen und Ärzten mit Spezialisierung in Innerer Medizin und Anästhesiologie, also Fächern mit Tätigkeit in Spitälern, war diese nur bei 41% bis 46% der Befragten positiv. Ärztinnen und Ärzte mit Spitaltätigkeit standen Teilzeitarbeit also kritischer gegenüber als Ärztinnen und Ärzte aus Fachgebieten mit vorwiegender Praxistätigkeit. Gründe für eine aktuelle oder vorstellbare Teilzeittätigkeit untersuchten De Jong, Heiligers, Groenewegen und Hingstman (2006) bei niederländischen Internisten, Chirurgen und Radiologen. Von den Befragten arbeiteten 26% Teilzeit und 51% konnten sich vorstellen, Teilzeit zu arbeiten. Nur 23% konnten sich keine Teilzeittätigkeit vorstellen. Die häufigsten Gründe für aktuelle oder vorstellbare Teilzeitarbeit waren mehr Zeit für Familie und mehr Zeit für Freizeitaktivitäten. Wichtigste Motive für eine Vollzeittätigkeit waren bessere Arbeitseffizienz und Gewährleistung der Kontinuität bei der Betreuung der Patienten. Bei der Analyse zeigte sich zudem, dass die Wahrscheinlichkeit einer Teilzeittätigkeit in einem signifikanten Zusammenhang mit Geschlecht, Alter, kleinen Kindern und Fachbereich stand. Frauen, ältere Ärztinnen und Ärzte und solche mit Kindern unter fünf Jahren arbeiteten häufiger Teilzeit, Ärztinnen und Ärzte in operativen Fächern im Vergleich mit Internisten und Radiologen weniger häufig. Die beschriebenen Untersuchungen aus den Niederlanden zeigen, dass die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten zur Teilzeittätigkeit tendenziell positiver wird. Jüngere Ärztinnen und Ärzte haben eine positivere Einstellung als ältere, und Frauen eine positivere als Männer. Wichtigste Gründe für Teilzeitarbeit sind mehr Zeit für Familie und Freizeitaktivitäten. Teilzeittätigkeit steht zudem in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit Geschlecht, Alter, kleinen Kindern und nicht operativen Fächern.

2.7 Arbeitsmodell der Untersuchung

Das Arbeitsmodell der vorliegenden Untersuchung, dargestellt in Abbildung 7, lehnt sich an die Laufbahnmodelle von Lent et al. (1994) und von Abele (2002) an. Diese beiden neueren Laufbahnmodelle basieren auf sozialkognitiven und selbstregulativen Konzepten und zeichnen sich aus durch eine umfassende Perspektive auf die Laufbahnentwicklung mit dem Einbezug von Determinanten unterschiedlicher Herkunftsbereiche. Darum scheinen sie als Grundlage für das Arbeitsmodell der vorliegenden Untersuchung speziell geeignet. Die Laufbahnentwicklung ist ein interaktiver Prozess mit wechselseitigen Beziehungen zwischen einer grossen Anzahl von Einflussfaktoren unterschiedlicher Herkunftsbereiche. Darum ist vorab zu betonen, dass das Arbeitsmodell nur einen vereinfachten Ausschnitt von möglichen Einflussfaktoren und Beziehungen darstellt und bestimmte Zusammenhänge und Wirkungsrichtungen fokussiert. Es wird postuliert, dass Geschlecht, personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und die private Lebenssituation einen Einfluss auf angestrebte Work-Life-Balance, Laufbahnziele und Laufbahnerfolg ausüben. Weiter wird angenommen, dass eine Beziehung besteht zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg. Zur Gewährleistung einer besseren Übersichtlichkeit ist der Einfluss des Geschlechts im Modell nicht dargestellt. Wie in Kapitel 2.5.1 beschrieben, wird in dieser Arbeit grundsätzlich davon ausgegangen, dass nicht das Geschlecht an sich einen Einfluss auf die Laufbahnentwicklung ausübt, sondern dass es sich um komplexe Prozesse zwischen Laufbahn-relevanten Faktoren und Geschlecht handelt. Dabei können zwei Arten von Prozessen unterschieden werden (vgl. Baron & Kenny, 1986). Erstens können in Abhängigkeit vom Geschlecht bestimmte Prädiktorvariablen unterschiedlich ausgeprägt sein. Solche Geschlechtsunterschiede bei den Prädiktorvariablen können zu Geschlechtsunterschieden in den Zielvariablen führen. In diesem Falle wird von einem medierten Geschlechtereffekt gesprochen, wobei eine oder mehrere Prädiktorvariablen als Mediatoren wirken können. Zweitens besteht die Möglichkeit, dass bestimmte Prädiktorvariablen in Abhängigkeit vom Geschlecht einen unterschiedlichen Einfluss auf die Zielvariablen ausüben. In diesem Falle beeinflusst das Geschlecht den Zusammenhang zwischen zwei Variablen und es wird von einem Moderatoreffekt des Geschlechts gesprochen.

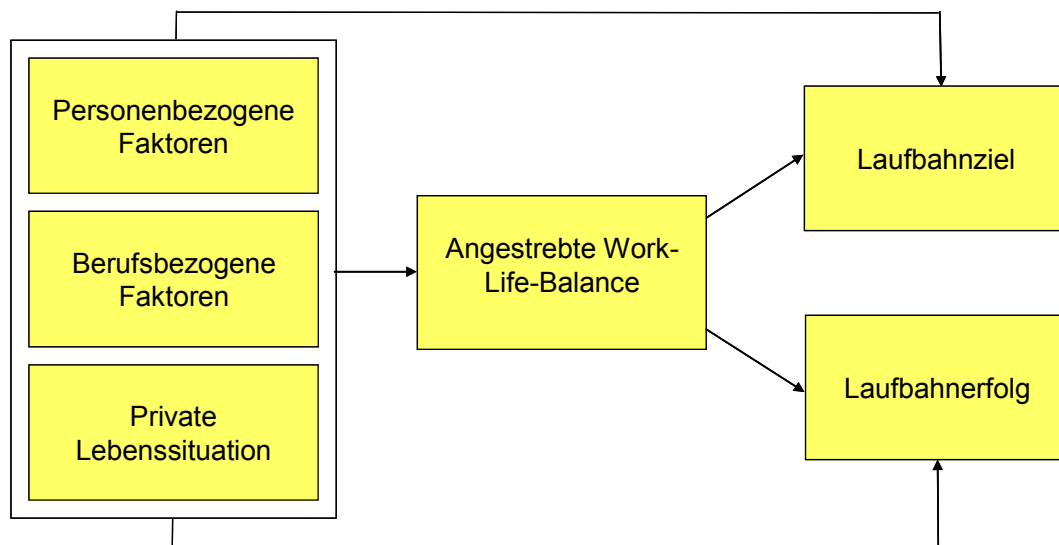


Abbildung 7: Arbeitsmodell der Laufbahnentwicklung von Ärztinnen und Ärzten (der Einfluss des Geschlechts ist zur Gewährleistung einer besseren Übersichtlichkeit nicht dargestellt)

Die Prädiktoren des Arbeitsmodells umfassen Geschlecht (nicht im Modell dargestellt), personenbezogene Faktoren, berufliche Erfahrungen und Erfahrungen im Privatleben. Das Geschlecht hat im Modell von Lent et al. (1994) als Person Input und im Modell von Abele (2002) als soziodemographische Variable Eingang gefunden. In der Beschreibung ihrer Modelle machen die Autoren auf die Relevanz des Einflusses des Geschlechts im Rahmen der Laufbahnentwicklung aufmerksam.

Als Personenfaktoren werden die Konstrukte Geschlechtsrollenorientierung, Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit und Karrieremotivation in die Untersuchung einbezogen. Das Konstrukt der Geschlechtsrollenorientierung ist im Modell von Abele (2002) Teil des Selbstkonzepts und kann im Modell von Lent et al. (1994) den „Person Inputs“ zugeordnet werden. Das Konstrukt des Kohärenzsinns ist weder im Modell von Lent et al. (1994) noch von Abele (2002) enthalten. Es dient als Mass für das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, anfallende Anforderungen und Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (Antonovsky, 1997). Der Kohärenzsinn setzt sich nach Antonovsky (1997) aus drei Komponenten zusammen, welche miteinander verbunden sind: der Verstehbarkeit (comprehensibility), der Bewältigbarkeit (manageability) und der Sinnhaftigkeit (meaningfulness). Die Verstehbarkeit wird definiert als Ausmass des Vertrauens einer Person, dass interne und externe Stimuli

vorhersehbar und erklärbar sind, die Bewältigbarkeit als Ausmass des Vertrauens, dass Ressourcen zur Verfügung stehen um anfallende Anforderungen zu bewältigen, und die Sinnhaftigkeit als Ausmass des Vertrauens, dass Anforderungen Herausforderungen sind, für welche sich Anstrengung und Engagement lohnen. Antonovsky (1997) geht davon aus, dass eine solche dispositionelle Lebenseinstellung eine Bewältigungsressource darstellt. Zahlreiche Studien konnten einen Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Kohärenzsinn feststellen (Franke, 1997). Im Rahmen der beruflichen Entwicklung wurde dem Konstrukt des Kohärenzsинns noch kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Es kann möglicherweise einen Beitrag zur Erklärung der Stabilität des Laufbahnziels und des Laufbahnerfolgs leisten. Im Rahmen des Karriereprojekts zeigte sich, dass Medizinstudierende, welche ihre Facharztwahl getroffen hatten, im Vergleich zu den noch unentschiedenen Studierenden signifikant höhere Werte beim Kohärenzsinn aufwiesen (Buddeberg-Fischer & Klaghofer 2003), und Studierende mit begonnener oder abgeschlossener Dissertation wiesen ebenfalls signifikant höhere Werte beim Kohärenzsinn auf als Studierende, welche noch nicht mit der Dissertation begonnen hatten. Die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung hat im Modell von Lent et al. (1994) einen hohen Stellenwert und ist auch im Modell von Abele (2002) zu finden. Das Konstrukt der Karrieremotivation kann im Modell von Abele (2002) den Motiven zugeordnet werden.

Als berufsbezogene Faktoren werden die Konstrukte Effort-Reward-Imbalance und Mentoring in die Untersuchung einbezogen. Das Konstrukt Effort-Reward-Imbalance dient als Mass für das Erleben von Stress am Arbeitsplatz (Siegrist, 2001) und kann im Modell von Abele (2002) den Bedingungen des beruflichen Umfelds und im Modell von Lent et al. (1994) den Kontextfaktoren zugeordnet werden. Mentoring kann in Anlehnung an das Modell von Lent et al. (1994) als Kontextfaktor verstanden werden und im Sinne des Modells von Abele (2002) als für die Zielerreichung förderliche Bedingung im beruflichen Umfeld.

Als Faktor der privaten Lebenssituation werden Kinder einbezogen. Diese können in Anlehnung an das Modell von Lent et al. (1994) als Kontextfaktoren und im Sinne des Modells von Abele (2002) als für die Zielerreichung förderliche respektive hemmende Bedingung des privaten Umfelds verstanden werden. In der Darstellung ihres Modells unterstreicht Abele (2002) die Relevanz von Aspekten des Privatlebens für die berufliche Entwicklung.

Als Zielkonstrukt und Prädiktor fungiert die angestrebte Work-Life-Balance. Sie wird konzeptualisiert als Ziele hinsichtlich der Gewichtung von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen für die nahe Zukunft. Durch den Einbezug dieses Konstrukts wird dem privaten Lebensbereich nochmals Rechnung getragen, diesmal relativ zur Gewichtung des beruflichen Bereichs.

Zielkonstrukte des Arbeitsmodells sind Laufbahnziele und Laufbahnerfolg. Laufbahnziele werden in dieser Untersuchung konzeptualisiert als angestrebter Facharzttitle. Dabei interessiert einerseits, ob ein Facharzttitle in operativen Fächern oder Fächern der Inneren Medizin angestrebt wird, und andererseits, wie konstant die angestrebte Facharztspezialisierung ist. Bei fortgeschrittener Weiterbildung kann ein Wechsel beim angestrebten Facharzttitle die Weiterbildungsdauer deutlich erhöhen. Beim Laufbahnerfolg werden wie von Abele (2002) angeregt sowohl objektiven als auch subjektiven Aspekten Aufmerksamkeit geschenkt.

3 Fragestellungen und Hypothesen

3.1 Fragestellungen

Auf der Grundlage des in Kapitel 2.7 beschriebenen Arbeitsmodells lauten die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Studie:

1. Wie unterscheiden sich junge Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich
 - (1) personenbezogener Faktoren, berufsbezogener Faktoren und privater Lebenssituation?
 - (2) angestrebter Work-Life-Balance?
 - (3) Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg?
2. Welchen Einfluss haben Geschlecht, personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und private Lebenssituation auf
 - (1) die angestrebte Work-Life-Balance?
 - (2) die Laufbahnziele?
 - (3) den Laufbahnerfolg?
3. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen angestrebter Work-Life-Balance und
 - (1) Laufbahnzielen?
 - (2) Laufbahnerfolg?

3.2 Hypothesen

Im Folgenden werden die Hypothesen zu den drei zentralen Fragestellungen dargestellt (vgl. Tabelle 2 für einen Überblick). Deren Herleitung stützt sich auf den in Kapitel 2 beschriebenen theoretischen Hintergrund und das in Kapitel 2.7 dargestellte Arbeitsmodell.

Fragestellung 1

Bei der ersten Fragestellung geht es zunächst um Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich *personenbezogener Faktoren, berufsbezogener Faktoren und privater Lebenssituation*. Aufgrund der theoretischen Konzeption der Instrumentalität als Selbsteinschätzung hinsichtlich stereotypischer männlicher Eigenschaften (Alfermann, 1996)

wird angenommen, dass Männer hier höhere Werte zeigen als Frauen. Da Männern der hierarchische Aufstieg und sichtbare Zeichen des beruflichen Erfolgs häufig wichtiger sind als Frauen und Frauen dagegen ausserberufliche Bereiche höher gewichten als Männer (Buddeberg-Fischer et al., 2003), wird angenommen, dass Männer bei der extrinsischen Karrieremotivation höhere Werte und bei der extraprofessionalen Motivation geringere Werte aufweisen als Frauen. Frauen übernehmen im Allgemeinen mehr Hausarbeit und Kinderbetreuungsaufgaben als Männer (Hoff et al., 2005). Daher ist es für Frauen schwieriger als für Männer, Weiterbildungszeit und Kinder zu vereinbaren, und es wird demzufolge angenommen, dass Männer häufiger Kinder haben als Frauen. Die erste Hypothese zur Fragestellung 1 lautet wie folgt:

H1.1 Ärzte weisen im Vergleich mit Ärztinnen bei Instrumentalität und extrinsischer Karrieremotivation höhere und bei extraprofessionaler Motivation tiefere Werte auf und haben häufiger Kinder.

Die erste Fragestellung spricht weiter Geschlechtsunterschiede hinsichtlich *der angestrebten Work-Life-Balance* an. Männer konzentrieren sich häufiger ausschliesslich auf den Beruf als Frauen (Abele & Nitzsche, 2002). Darum wird angenommen, dass für sie der hierarchische Aufstieg ein attraktiveres Zukunftsziel ist als für Frauen, auch wenn sie dafür in anderen Bereichen zurückstecken müssen. Da Frauen mehr Hausarbeit und Kinderbetreuungsaufgaben übernehmen als Männer (Hoff et al., 2005), wird angenommen, dass sie für die nahe Zukunft häufiger eine Teilzeittätigkeit oder eine Berufspause anstreben als Männer. Die zweite Hypothese zur Fragestellung 1 lautet daher wie folgt:

H1.2 Ärzte zeigen im Vergleich mit Ärztinnen häufiger eine Karriereorientierung und weniger häufig eine Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung.

Als dritten Aspekt thematisiert die erste Fragestellung Geschlechterunterschiede bei *den Laufbahnzielen und dem Laufbahnerfolg*. Operative Fächer sind eine Männerdomäne (FMH-Generalsekretariat, 2008b) und deshalb wird angenommen, dass diese Fächer weiterhin vor allem Männer anziehen und Frauen eher abschrecken. Frauen sind aufgrund von inneren und äusseren Einflussfaktoren immer noch weniger erfolgreich in ihrer Laufbahnentwicklung als Männer (vgl. Kap 2.5.1). Die dritte Hypothese zur Fragestellung 1 lautet deshalb:

H1.3 Ärzte streben im Vergleich mit Ärztinnen häufiger einen Facharztstitel in operativen Fächern an und haben einen höheren objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg.

Zudem soll bei der *Stabilität des angestrebten Facharztstitels* explorativ untersucht werden, ob es einen Geschlechterunterschied gibt. Es wäre einerseits möglich, dass Frauen sich früh für den angestrebten Facharztstitel entscheiden und diesen möglichst schnell abschliessen, um danach eine Familie zu gründen, andererseits könnte es aber auch sein, dass Frauen wegen einer Veränderung in der Lebenssituation durch Heirat, Schwanger- oder Mutterschaft die Prioritäten im Beruf anders setzen und den angestrebten Facharztstitel deshalb eher wechseln als Männer.

Fragestellung 2

Die zweite Fragestellung spricht als Erstes den Einfluss von personenbezogenen Faktoren, berufsbezogenen Faktoren und privater Lebenssituation auf die *angestrebte Work-Life-Balance* an. Instrumentalität hängt zusammen mit der Motivation, Karriere zu machen (Sieverding, 1990). Darum ist davon auszugehen, dass Personen mit hoher Instrumentalität hinsichtlich der angestrebten Work-Life-Balance häufiger karriereorientiert sind, und Personen mit geringer Instrumentalität eher Teilzeit- oder Dreiphasen-orientiert. Motive geben darüber Auskunft, was einer Person wichtig ist. So ist davon auszugehen, dass extrinsische Karrieremotivation und extraprofessionale Motivation einen Beitrag zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance leisten. Weiter ist zu vermuten, dass die Effort-Reward-Imbalance die angestrebte Work-Life-Balance beeinflusst. Wenn eine Person im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung erlebt, kann dies dazu führen, dass sie sich in Zukunft weniger im Beruf engagieren möchte. Deshalb lauten die Hypothesen zur angestrebten Work-Life-Balance wie folgt:

H 2.1a Die angestrebte Work-Life-Balance *Karriereorientierung* wird durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation positiv, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance negativ mit der Karriereorientierung korrelieren.

H 2.1b Die angestrebte Work-Life-Balance *Teilzeit- und Dreiphasenorientierung* wird durch personenbezogene Faktoren und berufsbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation negativ, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance positiv mit der Teilzeit- und Dreiphasenorientierung korrelieren.

Weiter fokussiert die zweite Fragestellung den Einfluss von personenbezogenen Faktoren, berufsbezogenen Faktoren und privater Lebenssituation auf die *Laufbahnziele*. Der erste Aspekt bei den Laufbahnzielen ist der *angestrebte Facharzttitel* (operative Fächer vs. Fächer der Inneren Medizin). Da operative Fächer handlungsorientiert sind, wird angenommen, dass Personen mit hoher Instrumentalität vermehrt operative Fächer anstreben. Eine berufliche Tätigkeit in operativen Fächern ist sehr zeitintensiv (Biedenkopf, 2004). Daher wird postuliert, dass Personen mit hoher Motivation für ausserberufliche Bereiche operative Fächer (vs. Fächer der Inneren Medizin) eher vermeiden. Daraus abgeleitet lautet die erste Hypothese zu den Laufbahnzielen:

H 2.2a *Der angestrebte Facharzttitel* wird durch personenbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität positiv und extraprofessionale Motivation negativ mit einem angestrebten Facharzttitel in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) korrelieren.

Der zweite Aspekt bei den Laufbahnzielen ist die *Stabilität* (vs. Instabilität). Stabilität beim angestrebten Facharzttitel deutet auf eine gute Bewältigung der entsprechenden Anforderungen hin. Kohärenzsinn ist konzipiert als Vertrauen, dass Ressourcen zur Verfügung stehen um anfallende Anforderungen zu bewältigen (Antonovsky, 1997), und berufliche Selbstwirksamkeit als Erwartung einer Person, dass bestimmte Verhaltensweisen zur beruflichen Zielerreichung erfolgreich ausgeführt werden können (Abele, Stief & Andrä, 2000). Darum wird angenommen, dass Kohärenzsinn und berufliche Selbstwirksamkeit einen positiven Einfluss auf die Stabilität haben. Weiter wird postuliert, dass die intrinsische Karrieremotivation als Freude und Interesse an der Tätigkeit selbst (Abele, 1994) die Stabilität positiv beeinflusst. Empirische Untersuchungen konnten aufzeigen, dass das Mentoring einen positiven Einfluss auf verschiedene Aspekte der Laufbahnentwicklung und

im medizinischen Bereich auch einen Einfluss auf die Facharztwahl (Sambunjak et al., 2006) hat. Darum wird angenommen, dass die Laufbahnunterstützung dazu beiträgt, dass eine Entscheidung hinsichtlich des angestrebten Facharztstitels besser reflektiert, früher getroffen und eher beibehalten wird. Weiter wird aufgrund der theoretischen Konzeption der Effort-Reward-Imbalance (Siegrist, 2001) postuliert, dass Personen, die ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung erleben, eher den angestrebten Facharzttitel wechseln als solche, die kein Ungleichgewicht erleben. Die zweite Hypothese zu den Laufbahnzielen lautet demnach:

H2.2b *Die Stabilität des angestrebten Facharztstitels* wird durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, intrinsische Karrieremotivation und Mentoring positiv, Effort-Reward-Imbalance negativ mit der Stabilität (vs. Instabilität) des angestrebten Facharztstitels korrelieren.

Weiter thematisiert die zweite Fragestellung den Einfluss von personenbezogenen Faktoren, berufsbezogenen Faktoren und privater Lebenssituation auf den *objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg*. Da instrumentelle Eigenschaften und hohe berufliche Selbstwirksamkeit der Laufbahnentwicklung förderlich sind (Abele, 2003b; Stief, 2001), wird angenommen, dass diese Faktoren einen positiven Einfluss auf den objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg haben. Dasselbe wird für den Kohärenzsinn (Antonovsky, 1997) und die extrinsische Motivation (Abele, 1994) aufgrund ihrer theoretischen Konzeption angenommen. Ein positiver Einfluss wird ebenfalls für das Mentoring postuliert, welches gemäss empirischen Studien die Laufbahnentwicklung günstig beeinflusst (Underhill, 2006). Bei der Elternschaft wird von einem Moderatoreffekt des Geschlechts ausgegangen: Kinder verringern bei Frauen den Laufbahnerfolg, da sie mehr Hausarbeit und Kinderbetreuungsaufgaben übernehmen als Männer (Hoff et al., 2005). Die Hypothese zum Laufbahnerfolg lautet deshalb:

H2.3 *Objektiver und subjektiver Laufbahnerfolg* werden durch personenbezogene Faktoren, berufliche Faktoren und private Lebenssituation beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität, Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, extrinsische Karrieremotivation und Mentoring positiv, Elternschaft bei Frauen negativ (Moderatoreffekt) mit dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg korrelieren.

In Ergänzung zu den genannten Hypothesen soll bei den Zielvariablen mit postuliertem Geschlechtsunterschied, nämlich angestrebter Work-Life-Balance, angestrebtem Facharzttitel und Laufbahnerfolg, untersucht werden, inwieweit die Geschlechtereffekte durch Prädiktorvariablen mediiert werden. Potentielle Mediatorvariablen sind Instrumentalität, extrinsische Karrieremotivation und extraprofessionale Motivation, da bei diesen Prädiktoren Geschlechtsunterschiede erwartet werden. Ergänzend zu den genannten Hypothesen soll weiter explorativ untersucht werden, ob das Geschlecht einen moderierenden Effekt auf die postulierten direkten Zusammenhänge hat, da gewisse Einflussfaktoren bei Männern und Frauen unterschiedlich wichtig für die Laufbahnentwicklung sein könnten (vgl. Kapitel 2.5.1).

Fragestellung 3

Thema der dritten Fragestellung sind zunächst Zusammenhänge zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen. Als Erstes wird hier wieder der Aspekt des *angestrebten Facharzttitels* (operative Fächer vs. Fächer der Inneren Medizin) betrachtet. Operative Fächer sind Fächer, in welchen hohe Anforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit einer Person gestellt werden, die Berufstätigkeit sehr zeitintensiv ist und Teilzeitstellen selten sind. In der Inneren Medizin dagegen gibt es ein breiteres Spektrum an Möglichkeiten. Darum wird angenommen, dass Personen mit hoher Karriereorientierung häufiger und Personen mit hoher Teilzeit- und Dreiphasenorientierung weniger häufig einen Facharzttitel in operativen Fächern anstreben. Die erste Hypothese zu den Laufbahnzielen lautet:

H3.1a Es gibt eine Beziehung zwischen Work-Life-Balance und *angestrebtem Facharzttitel* in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv und Teilzeitorientierung sowie Dreiphasenorientierung negativ mit einem angestrebten Facharzttitel in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) korrelieren.

Was den zweiten Aspekt der Laufbahnziele, die *Stabilität*, anbelangt, ist davon auszugehen, dass ein Wechsel beim angestrebten Facharzttitel in der Regel eine Verlängerung der Weiterbildungszeit bewirkt. Der Laufbahnfortschritt wird also gebremst. Da persönliche Ziele das Verhalten beeinflussen (Lent et al., 1994), wird angenommen, dass Personen mit dem Zukunftsziel des hierarchischen Aufstiegs sich schon früh für den angestrebten Facharzttitel entscheiden und auf diesen gezielt hinarbeiten. Personen, welche sich in naher Zukunft eine Teilzeittätigkeit oder ein vorübergehendes Aussetzen aus dem Beruf vorstellen können,

entscheiden sich im Gegensatz dazu möglicherweise später für den Fachbereich oder sind weniger stabil in ihrer Laufbahnwahl, weil sich erst im Verlaufe der Berufstätigkeit herauskristallisiert, in welchem Fachbereich sie dieses Ziel am ehesten verwirklichen können. Die Hypothesen zur Stabilität lauten deshalb:

H3.1b Es gibt eine Beziehung zwischen Work-Life-Balance und *Stabilität des angestrebten Facharztstitels* in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv und Teilzeitorientierung sowie Dreiphasenorientierung negativ mit der Stabilität (vs. Instabilität) beim angestrebten Facharzttitel korrelieren.

Weiter fokussiert die dritte Fragestellung die Zusammenhänge zwischen angestrebter Work-Life-Balance und *Laufbahnerfolg*. Aufgrund des Einflusses von persönlichen Zielen auf das Handeln (Lent et al., 1994) wird angenommen, dass Personen mit dem Ziel des beruflichen Aufstiegs sich verstärkt für Laufbahnfortschritte einsetzen und darum zum aktuellen Zeitpunkt in der Laufbahn weiter fortgeschritten sind und sich auch als erfolgreicher einschätzen als andere Personen. Personen dagegen, welche in Zukunft eine Teilzeittätigkeit oder ein zeitweiliges Aussetzen aus dem Beruf in Betracht ziehen, setzen sich möglicherweise weniger für ihren Laufbahnfortschritt ein und sind darum aktuell weniger fortgeschritten als andere. Die Hypothese lautet wie folgt:

H3.2 Es gibt eine Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und *objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg* in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv und Teilzeitorientierung sowie Dreiphasenorientierung negativ mit objektivem und subjektivem Erfolg korrelieren.

In Ergänzung zu den genannten Hypothesen soll bei den Zielvariablen mit postuliertem Geschlechtsunterschied wiederum untersucht werden, inwieweit die Geschlechtereffekte durch die angestrebte Work-Life-Balance mediiert werden. Potentielle Mediatorvariablen sind alle drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance, da bei diesen Geschlechtsunterschiede erwartet werden. Weiterführend soll beim *angestrebten Facharzttitel*, dessen *Stabilität* sowie beim *Laufbahnerfolg* explorativ untersucht werden, ob das Geschlecht einen moderierenden Effekt auf die postulierten Zusammenhänge hat.

Tabelle 2: Untersuchungshypothesen im Überblick

	Hypothesen
1	<i>Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen hinsichtlich personenbezogener Faktoren, berufsbezogener Faktoren, privater Lebenssituation, angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg</i>
1.1	Ärzte zeigen im Vergleich mit Ärztinnen höhere Werte bei Instrumentalität sowie extrinsischer Karrieremotivation, tiefere Werte bei extraprofessionaler Motivation und haben häufiger Kinder.
1.2	Ärzte zeigen im Vergleich mit Ärztinnen höhere Werte bei der Karriereorientierung und tiefere Werte bei der Teilzeitorientierung sowie der Dreiphasenorientierung.
1.3	Ärzte streben im Vergleich mit Ärztinnen häufiger einen Facharzttitle in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) an und haben höhere Werte beim objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg.
2	<i>Einfluss von personenbezogenen Faktoren, berufsbezogenen Faktoren und privater Lebenssituation auf Laufbahnziele und Laufbahnerfolg</i>
2.1a	Die angestrebte Work-Life-Balance <i>Karriereorientierung</i> wird durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation positiv, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance negativ mit der Karriereorientierung korrelieren.
2.1b	Die angestrebte Work-Life-Balance <i>Teilzeit- und Dreiphasenorientierung</i> wird durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation negativ, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance positiv mit der Teilzeit- und Dreiphasenorientierung korrelieren.
2.2a	<i>Der angestrebte Facharzttitle</i> wird durch personenbezogene Faktoren in dem Sinne beeinflusst, dass Instrumentalität positiv, extraprofessionale Motivation negativ mit einem angestrebten Facharzttitle in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) korrelieren.
2.2b	<i>Die Stabilität des angestrebten Facharzttitles</i> wird durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren in dem Sinne beeinflusst, dass Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, intrinsische Karrieremotivation sowie Mentoring positiv, Effort-Reward-Imbalance negativ mit der Stabilität (vs. Instabilität) des angestrebten Facharzttitles korrelieren.
2.3	<i>Objektiver und subjektiver Laufbahnerfolg</i> werden durch personenbezogene Faktoren, berufliche Faktoren und private Lebenssituation in dem Sinne beeinflusst, dass Instrumentalität, Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, extrinsische Karrieremotivation und Mentoring positiv, Elternschaft bei Frauen negativ (Moderatoreffekt) mit dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg korrelieren.
3	<i>Zusammenhänge zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg</i>
3.1a	Es gibt eine Beziehung zwischen Work-Life-Balance und <i>angestrebtem Facharzttitle</i> in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung negativ mit einem angestrebten Facharzttitle in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) korrelieren.
3.1b	Es gibt eine Beziehung zwischen Work-Life-Balance und <i>Stabilität des angestrebten Facharzttitles</i> in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung negativ mit der Stabilität (vs. Instabilität) beim angestrebten Facharzttitle korrelieren.
3.2	Es gibt eine Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und <i>objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg</i> in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung negativ mit objektivem und subjektivem Erfolg korrelieren.

4 Methode

4.1 Studiendesign

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen eines vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF Nr. 3200-061906.00, 3200BO-102130, 3200BO-113836) geförderten prospektiven Forschungsprojekts zur Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte an der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich durchgeführt. Das Karriereprojekt ist die erste umfassende Längsschnittstudie in der Schweiz zur Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten. Sie hat zum Ziel, verschiedene Aspekte der Laufbahnentwicklung sowie des Befindens der jungen Ärztinnen und Ärzte zu erheben und sowohl individuelle als auch institutionelle Determinanten der Entwicklung zu untersuchen. Die Studienteilnehmenden des Karriereprojekts wurden aus zwei Staatsexamensjahrgängen rekrutiert. Die Teilnehmenden des ersten Jahrganges, Kohorte A, schlossen das Medizinstudium an den Universitäten Basel, Bern und Zürich im Jahre 2001 ab, die Teilnehmenden des zweiten Jahrganges, Kohorte B, im Jahre 2002. Bisher wurden vier schriftliche Fragebogenerhebungen durchgeführt. Die Erhebungszeitpunkte sind in Abbildung 8 graphisch dargestellt.

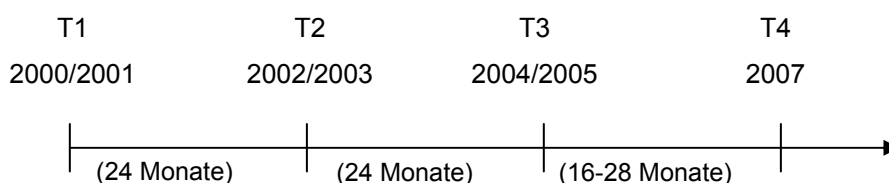


Abbildung 8: Erhebungszeitpunkte T1 bis T4

Die erste Erhebung (T1) erfolgte während des letzten Studienjahres der Teilnehmenden im Herbst 2000 respektive 2001. Alle eingeschriebenen 1004 Staatsexamensabsolventen erhielten einen Brief mit Informationen über die Studie, ein Empfehlungsschreiben des Dekans der jeweiligen Universität und den Fragebogen zugesandt. Um die Anonymität der Teilnehmenden zu gewährleisten, wurden die eingehenden Fragebogen nur mittels eines Codes identifiziert. Ihre Adressangaben sandten die Teilnehmenden an eine unabhängige Adressverwaltungsstelle, damit die Adressen für die weiteren Befragungen zur Verfügung

standen. Von den 1004 Staatsexamensabsolventen nahmen 715 an der ersten Befragung teil. Die zweite Erhebung (T2) erfolgte zwei Jahre später während der fachärztlichen Weiterbildungszeit im Herbst 2002/2003 und die dritte Erhebung wiederum zwei Jahre später im Herbst 2004/2005. Zu T2 nahmen 521 und zu T3 572 Personen an der Erhebung teil. Der Anstieg der Teilnehmenden beim dritten Erhebungszeitpunkt ist dadurch zu erklären, dass alle Personen, die zu T1 an der Erhebung teilgenommen hatten, wieder angeschrieben wurden. Bei der vierten Erhebung wurden die beiden Kohorten gleichzeitig Anfang 2007 befragt. Zu diesem Erhebungszeitpunkt befanden sich die jungen Ärztinnen und Ärzte im fünften bis sechsten Weiterbildungsjahr, das heisst in der Schlussphase ihrer Facharztweiterbildung. Für die vierte Befragung wurden wiederum alle Teilnehmenden von T1 angeschrieben und es nahmen 543 Personen an der Erhebung teil. In Abbildung 9 ist die Entwicklung der Stichprobe des Karriereprojekts dargestellt. Aus der Abbildung kann entnommen werden, wie viele Personen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten an der Untersuchung teilnahmen, herausfielen oder nach einem Aussetzen wieder hinzukamen.

In Abbildung 10 ist die Selektion der Stichprobe für die vorliegende Untersuchung dargestellt. Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf Daten der ersten, dritten und vierten Erhebung. Es werden keine Daten aus der zweiten Erhebung einbezogen, da ein grösserer Teil der Teilnehmenden zu diesem Zeitpunkt hinsichtlich ihres Laufbahnziels noch unentschieden war. Daten aus der ersten Erhebung werden einbezogen, da zu diesem Erhebungszeitpunkt einmalig wichtige personenbezogene Faktoren erfasst wurden. Im nächsten Kapitel wird die Untersuchungsstichprobe und deren Selektion genauer beschrieben.

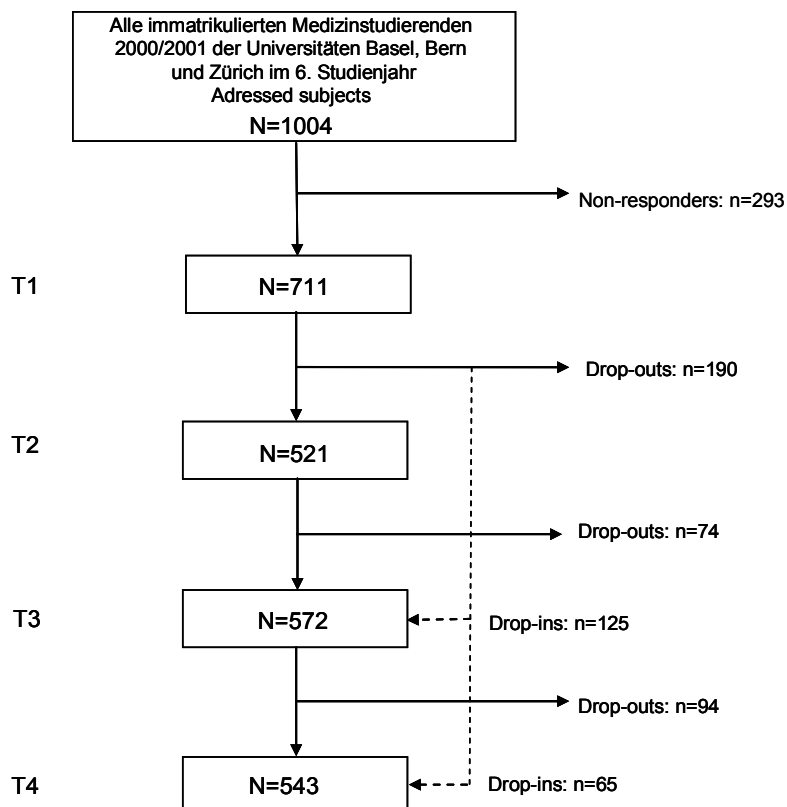


Abbildung 9: Darstellung der Stichprobenentwicklung des Karriereprojekts zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4

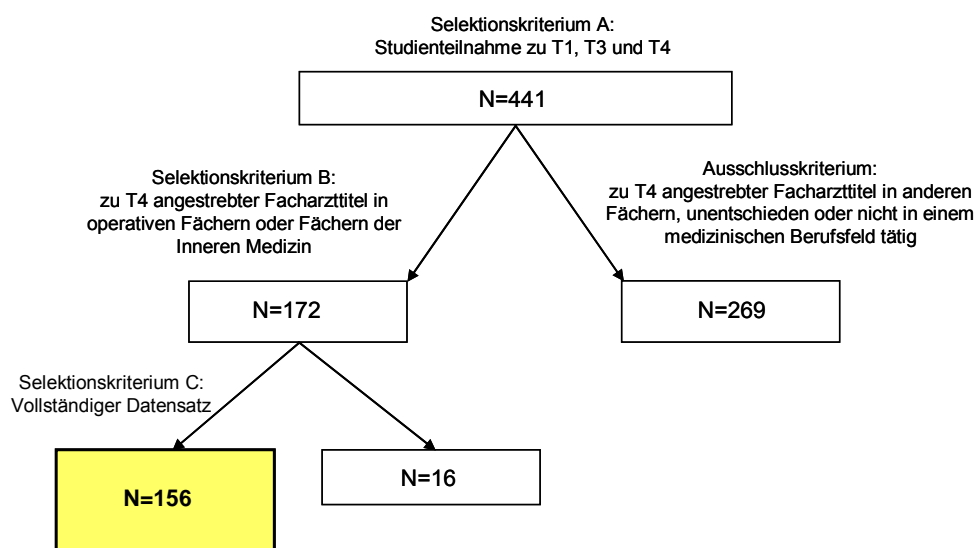


Abbildung 10: Darstellung der Selektion der Untersuchungsstichprobe

4.2 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

Die geplante Untersuchung fokussiert junge Ärztinnen und Ärzte mit dem Laufbahnziel eines Facharzttitels in Fächern der Inneren Medizin oder eines Facharzttitels in operativen Fächern. Die medizinischen Facharzttitel können den sieben Bereichen Allgemeinmedizin, Anästhesie, Frauenheilkunde, Innere Medizin, operative Fächer, Pädiatrie, Psychiatrie und andere zugeordnet werden. Innere Medizin und operative Fächer sind die zwei Bereiche, in welchen ein grosser Anteil der Facharzttitel erworben wird. Im Jahr 2007 waren dies rund 38% aller vergebenen Facharzttitel in der Schweiz (FMH-Generalsekretariat, 2008c). In die Untersuchungsstichprobe dieser Arbeit wurden alle jungen Ärztinnen und Ärzte eingeschlossen, die bei der Befragung zu T4 angaben, eine Spezialisierung in Fächern der Inneren Medizin oder operativen Fächern anzustreben, und die bereits an den Befragungen zu T1 und T3 teilgenommen hatten. Diese Selektionskriterien erfüllten 172 Personen. Dabei verfügten jedoch 16 davon nicht über einen in allen zentralen Variablen vollständigen Datensatz. Nach Ausschluss der Personen mit unvollständigem Datensatz umfasst die Untersuchungsstichprobe dieser Arbeit 156 Personen, 85 Männer (54.5%) und 71 Frauen (45.5%). Ihr Alter lag zum Zeitpunkt der vierten Befragung bei durchschnittlich 33.02 Jahren (SD=1.74 Jahre, Range 29–39 Jahre). Eine Spezialisierung in Fächern der Inneren Medizin streben 112 Personen (71.8%) an, eine Spezialisierung in operativen Fächern 44 Personen (28.2%).

Im Verlaufe einer Längsschnittstudie scheidet eine Anzahl von Teilnehmenden aus der Studie aus oder beteiligt sich zu einem bestimmten Erhebungszeitpunkt nicht. Zudem werden die Fragebogen nicht von allen Studienteilnehmenden vollständig ausgefüllt. Um zu überprüfen, ob sich diese Personen von denjenigen der Untersuchungsstichprobe unterscheiden, wurden zwei Vergleiche durchgeführt. Als Erstes wurde die Gruppe der 16 Personen, die zwar die Selektionskriterien für die Untersuchungsstichprobe erfüllten, jedoch wegen eines unvollständigen Datensatzes ausgeschlossen wurden, mit der Untersuchungsstichprobe hinsichtlich Geschlechterverteilung, Alter und der personenbezogenen Faktoren Instrumentalität, Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit und Karrieremotivation verglichen. Dabei zeigte sich bei keiner dieser Variablen ein signifikanter Unterschied. Als Zweites wurde analysiert, ob sich die Untersuchungsstichprobe von denjenigen Personen unterscheidet, die zu T3 einen Facharzttitel in Fächern der Inneren Medizin oder in operativen

Fächern anstreben, das heisst dasselbe Laufbahnziel wie die Personen der Untersuchungsstichprobe hatten, jedoch zu T4 nicht mehr an der Untersuchung teilnehmen. Beim Vergleich dieser beiden Gruppen hinsichtlich Geschlechterverteilung, Alter und personenbezogener Faktoren zeigt sich nur bei einer Variablen ein Gruppenunterschied. Die 32 Personen mit dem Laufbahnziel Innere Medizin oder operative Fächer, welche zum vierten Erhebungszeitpunkt nicht mehr teilnahmen, hatten zu T3 signifikant höhere Werte bei der extrinsischen Motivation ($M=4.54$, $SD=0.82$, $N=32$) als die in der Studie verbliebenen Personen ($M=4.20$, $SD=0.86$, $N=156$; $t(186)=-2.08$, $p<.05$). Aus der Studie ausgestiegen sind also Personen mit einer höheren extrinsischen Karrieremotivation.

4.3 Messinstrumente

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die zentralen, hypothesenrelevanten Erhebungsinstrumente dieser Untersuchung und die jeweiligen Erhebungszeitpunkte.

Tabelle 3: Zentrale Messinstrumente und entsprechende Erhebungszeitpunkte

Konstrukte	Messinstrument	Erhebungszeitpunkt
Laufbahnziel	Angestrebte Facharztspezialisierung	T3; T4
Objektiver Laufbahnerfolg	Karriereindex	T4
Subjektiver Laufbahnerfolg	Frage zum subjektiven Laufbahnerfolg (Abele & Stief, 2004)	T4
Personenbezogene Faktoren		
- Instrumentalität	Personal Attributes Questionnaire PAQ-G, Skala Instrumentalität (Bierhoff-Alfermann, 1989)	T1
- Kohärenzsinn	Sense of Coherence Scale SOC-13 (Schumacher, Gunzelmann & Brähler, 2000)	T1
- Berufliche Selbstwirksamkeit	Berufliche Selbstwirksamkeitsskala BSW (Abele, Stief & Andrä, 2000)	T3
- Karrieremotivation	Karrieremotivation (3 Skalen: Extrinsische Karrieremotivation, Intrinsische Karrieremotivation, Extraprofessionale Motivation, Abele, 1994)	T3
Berufsbezogene Faktoren		
- Mentoring	Mentoring-Skala (T3: Abele, 1998; T4: Blickle, Kuhnert & Rieck, 2003)	T3; T4
- Stresserleben	Effort-Reward-Imbalance ERI (Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot & Niedhammer, 2004)	T4
Private Lebenssituation		
- Kinder	Frage zu Kindern	T4
Angestrebte Work-Life-Balance	Fragen zu den Berufstypen (Abele & Nitzsche, 2002)	T4

In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Instrumente genauer beschrieben und am Schluss zusätzlich erhobene Masse zusammenfassend dargestellt.

4.3.1 Erfassung des Laufbahnziels und des Laufbahnerfolgs

Als Erstes wird die Erfassung der Zielvariablen Laufbahnziel, Stabilität des Laufbahnziels, objektiver sowie subjektiver Laufbahnerfolg beschrieben. Das Laufbahnziel, der angestrebte *Facharzttitle*, wurde mit einer Frage erhoben. Die Befragten erhielten eine Liste mit allen 44 in der Schweiz anerkannten Facharztspezialisierungen und einem entsprechenden Code. Anhand dieser Liste konnten sie ihren angestrebten Facharzttitle angeben. Wie in Kap. 4.2 erwähnt, wurden in die Untersuchungsstichprobe dieser Arbeit alle Ärztinnen und Ärzte einbezogen, welche bei der Befragung zu T4 einen Facharzttitle im Bereich der Inneren Medizin oder der operativen Fächer anstrebten. Zur Inneren Medizin werden folgende zwölf Facharzttitle gezählt:

- Allergologie und klinische Immunologie
- Angiologie
- Endokrinologie – Diabetologie
- Gastroenterologie
- Geriatrie
- Hämatologie
- Infektiologie
- Innere Medizin
- Kardiologie
- Medizinische Onkologie
- Nephrologie
- Pneumologie

Zu den operativen Fächern gehören folgende acht Facharzttitle:

- Chirurgie
- Herz- und thorakale Gefässchirurgie
- Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Kinderchirurgie
- Neurochirurgie

- Orthopädische Chirurgie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Urologie

Einen Facharzttitel in Fächern der Inneren Medizin streben 112 Personen (71.8%) an, eine Spezialisierung in operativen Fächern streben 44 Personen (28.2%) an.

Die *Stabilität des Laufbahnziels* wurde anhand der Angaben der Befragten zu ihrem angestrebten Facharzttitel zu T3 und T4 definiert. Wenn der Bereich des angestrebten Facharzttitels von T3 zu T4 derselbe war, wurde das Laufbahnziel als stabil beurteilt. Wenn in diesem Zeitraum der Bereich wechselte oder eine Person bei T3 hinsichtlich Facharzttitel noch nicht entschieden war, wurde das Laufbahnziel als nicht stabil definiert. Bei der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte, nämlich bei 130 Personen (83.3%), war das Laufbahnziel von T3 zu T4 stabil, d.h. sie wechselten die Fachbereiche Innere Medizin und operative Fächer nicht. Bei 26 Personen (16.7%) war das Laufbahnziel instabil. Von diesen 26 nahmen 7 einen Wechsel im Fachbereich vor und 19 entschieden sich erst zu T4 für den angestrebten Facharzttitel.

Zur Einschätzung des *objektiven Laufbahnerfolgs* wurde die Skala Karriereindex gebildet, welche sich aus zwölf Items mit Fragen zu objektiven Erfolgsindikatoren zusammensetzt. Zur Bildung der Skala wurden die Items gewichtet und summiert. In Tabelle 4 sind die Inhalte, die Gewichtung, die Trennschärfen der Items und die innere Konsistenz der Skala aufgelistet. Die maximal mögliche Punktezahl lag bei 19. Mit einem Cronbach's Alpha von 0.72 erwies sich die innere Konsistenz als zufrieden stellend. Es ist zu erkennen, dass die Items bezüglich der akademischen Karriereleistungen wie Forschung, Fachvorträge und Publikationen die höchsten Trennschärfen besitzen. Der Karriereindex sagt somit insbesondere auch etwas über das Ausmass der Forschungstätigkeit der Studienteilnehmenden aus.

Tabelle 4: Items des Karriereindex, Gewichtung und Trennschärfe (N=156)

Item	Inhalt	Punkte (Gewichtung)	Min–Max	Trennschärfe r_{it}
1	Dissertation abgeschlossen	Nein = 0, Ja = 1	0–1	0.16
2	Anrechenbare Monate Weiterbildung	0 Monate = 0 1 bis 24 Monate = 1 25 bis 48 Monate = 2 49 und mehr Monate = 3	0–3	0.14
3	Erster Teil Facharztprüfung absolviert	Nein = 0, Ja = 1	0–1	0.17
4	Arbeitsaufenthalt im Ausland	Keine = 0 Bis 6 Monate = 1 7 und mehr Monate = 2	0–2	0.23
5	Fachvorträge	Keine = 0 1 bis 3 = 1 4 bis 50 = 2	0–2	0.58
6	Publikationen	Keine = 0 1 = 1 2 bis 3 = 2 4 und mehr = 3	0–3	0.61
7	Mitarbeit in Forschungsprojekt	Nein = 0, Ja = 1	0–1	0.59
8	Forschung als Haupttätigkeit	Nein = 0 Bis 9 Monate = 1 10 und mehr Monate = 2	0–2	0.48
9	Forschungsstipendium erhalten	Nein = 0, Ja = 1	0–1	0.54
10	Drittmittel eingeworben	Nein = 0, Ja = 1	0–1	0.54
11	Forschungsauszeichnung erhalten	Nein = 0, Ja = 1	0–1	0.38
12	Lehrverpflichtungen im Studierendenunterricht	Nein = 0, Ja = 1	0–1	0.28

In Abbildung 11 ist die Verteilung des Karriereindex dargestellt. Der Index ist rechtsschief verteilt, der Mittelwert liegt bei 6.05, die Standardabweichung bei 3.03 (Range 1–17). Da die Untersuchungsteilnehmenden aus zwei Kohorten stammen, welche mit einem Jahr Differenz das Studium abschlossen, stand den Teilnehmenden aus der Kohorte 2002 bis zum Erhebungszeitpunkt T4 zu Beginn des Jahres 2007 ein Jahr weniger für ihre Karriereschritte zur Verfügung als den Teilnehmenden aus der Kohorte 2001. Beim Vergleich der Mittelwerte der beiden Kohorten hinsichtlich Karriereindex zeigt sich, dass die Teilnehmenden aus der Kohorte 2001 erwartungsgemäss einen leicht höheren Mittelwert aufweisen ($M=6.31$, $SD=2.83$) als die Teilnehmenden aus der Kohorte 2002 ($M=5.77$, $SD=3.22$). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Um den Kohorteneffekt zu kontrollieren, wird bei den Auswertungen die Kohorte als Kontrollvariable mit einbezogen.

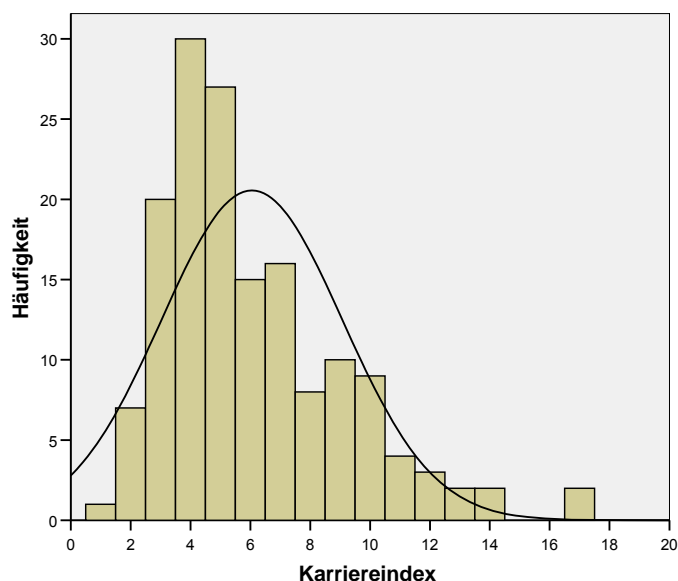


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung des Karriereindex (N=156)

Der *subjektive Laufbahnerfolg* wurde analog zu Abele und Stief (2004) mit folgender Frage erhoben: „Wenn Sie sich mit Ihren ehemaligen Studienkolleginnen und Studienkollegen vergleichen, wie erfolgreich schätzen Sie dann Ihre bisherige berufliche Entwicklung ein?“ Die Frage war auf einer siebenstufigen Antwortskala von „weniger erfolgreich“ (1) bis „erfolgreicher“ (7) einzuschätzen. Der Mittelwert lag in der vorliegenden Untersuchung bei 4.29, die Standardabweichung bei 1.26 (Range 1–7).

4.3.2 Erfassung der personenbezogenen Faktoren, der berufsbezogenen Faktoren und der privaten Lebenssituation

Als Personenfaktoren wurden in dieser Untersuchung die Konstrukte Instrumentalität, Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit und Karrieremotivation erhoben. Alle verwendeten Skalen wurden in grossen Stichproben validiert, die Sense of Coherence Scale SOC-13 wurde normiert (Schumacher, Gunzelmann & Brähler, 2000). In Tabelle 5 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ranges und interne Konsistenzen der eingesetzten Skalen dargestellt.

Tabelle 5: Kennwerte der Skalen zur Erfassung der Personenfaktoren

Skalen	M	SD	Range	Reliabilität Cronbach's α
PAQ Instrumentalität	4.26	0.66	2.00–5.63	0.72
Sense of Coherence Scale SOC-13	5.11	0.85	2.54–6.92	0.83
Berufliche Selbstwirksamkeitsskala BSW	3.75	0.66	1.83–5.00	0.75
Karrieremotivation				
- Extrinsische Karrieremotivation	4.20	0.86	1.38–6.25	0.73
- Intrinsische Karrieremotivation	6.09	0.53	4.38–7.00	0.69
- Extraprofessionale Motivation	4.00	1.07	1.38–6.63	0.79

Die Instrumentalität, Teil des Konstruktes *Geschlechtsrollenorientierung*, beinhaltet eine Selbsteinschätzung bezüglich Eigenschaften, die in unserer Gesellschaft als typisch männlich gelten, wie beispielsweise Durchsetzungsfähigkeit und Entschlussfreudigkeit (Alfermann, 1996). Die Instrumentalität wurde anhand der deutschen Adaption des Personal Attributes Questionnaire (Bierhoff-Alfermann, 1989) erhoben. Die Instrumentalitätsskala umfasst acht bipolare Items, welche auf einer sechsstufigen Antwortskala einzuschätzen waren (1–6), und als Skalenwert wurde der Mittelwert berechnet. Die Skala wies eine zufrieden stellende innere Konsistenz auf.

Das Konstrukt des *Kohärenzsinn*s, als Mass für das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, anfallende Anforderungen und Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (Antonovsky, 1997), wurde mittels der Kurzform Sense of Coherence Scale SOC-13 erhoben. Die dreizehn Items waren auf einer siebenstufigen Antwortskala (1–7) einzuschätzen und als Skalenwert wurde der Mittelwert berechnet. In dieser Untersuchung lag der Mittelwert der Teilnehmenden bei 5.12 und ist vergleichbar mit dem Mittelwert der deutschen Normierungsstichprobe von 5.01 (Schumacher et al., 2000). Die innere Konsistenz der Skala war gut.

Das Konstrukt der *beruflichen Selbstwirksamkeit* als Mass für die Einschätzung der eigenen Fähigkeit, mit beruflichen Anforderungen umzugehen, wurde anhand der beruflichen Selbstwirksamkeitsskala (Abele et al. 2000) erfasst. Die Skala umfasst sechs Items, welche auf einer fünfstufigen Antwortskala von „stimmt nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (5) einzuschätzen waren, und als Skalenwert wurde der Mittelwert berechnet. Die innere Konsistenz der Skala war zufrieden stellend.

Das Konstrukt der *Karrieremotivation* wurde mittels des Fragebogens zur Karrieremotivation von Abele (1994) erhoben. Der Fragebogen umfasst die drei Skalen extrinsische Motivation (Aufstieg in Führungspositionen, Karrieremotivation im engeren Sinne), intrinsische Motivation (Freude und Interesse an der beruflichen Tätigkeit selbst) und extraprofessionale Motivation (Stellenwert anderer Lebensbereiche im Verhältnis zum Beruf). Jede Skala besteht aus acht Items, welche auf einer siebenstufigen Antwortskala von „trifft sehr zu“ (7) bis „trifft nicht zu“ (1) einzuschätzen waren, und als Skalenwerte wurden die Mittelwerte berechnet. Alle drei Skalen wiesen eine zufrieden stellende innere Konsistenz auf.

Als berufsbezogene Faktoren wurden die Konstrukte Mentoring und Effort-Reward-Imbalance erhoben. In Tabelle 6 sind Mittelwerte, Standardabweichungen, Ranges und interne Konsistenz der entsprechenden Skalen dargestellt. Das *Mentoring*, die Laufbahnunterstützung durch Personen im beruflichen Umfeld, wurde zu T3 mit der Mentoring-Skala von Abele (1998) erhoben. Die Skala umfasst vier Items, welche auf einer fünfstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft sehr zu“ (5) einzuschätzen waren. Zu T4 wurde die Laufbahnunterstützung durch Personen im beruflichen Umfeld mittels des adaptierten Mentoring-Fragebogens von Blickle et al. (2003) erhoben. Dieser Fragebogen umfasst die fünf Skalen Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme (vier Items), Hilfe bei der Karriereplanung (drei Items), Coaching (zwei Items), emotionale Unterstützung (vier Items) und Rollenmodell (drei Items), welche auf einer fünfstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ (0) bis „trifft sehr zu“ (4) einzuschätzen waren. Bei einer Faktorenanalyse zeigte sich, dass die Mentoring-Skala von Abele (1998) zu T3 und die fünf Mentoring Skalen nach Blickle et al. (2003) zu T4 auf einen einzigen Faktor laden. Darum wurden in dieser Untersuchung die zwanzig Items der Skalen zu T3 und zu T4 in der Antwortkodierung vereinheitlicht (0–4) und zu einer einzigen Mentoring-Skala zusammengefügt. Als Skalenwert wurde der Mittelwert berechnet. Die Skala weist eine sehr gute interne Konsistenz auf.

Das Konstrukt der *Effort-Reward-Imbalance* dient als Mass für das Erleben von Stress am Arbeitsplatz (Siegrist, 2001) und wurde mit dem Fragebogen zur Effort-Reward-Imbalance (Siegrist et al., 2004) erhoben. Dieser umfasst die Skala Verausgabung mit fünf Items und die Skala Anerkennung mit elf Items, und als Skalenwert wird die Summe berechnet. Bei beiden Skalen war die interne Konsistenz zufrieden stellend. Für die Ermittlung der Effort-Reward-Imbalance wird die Effort-Skala durch die gewichtete Reward-Skala geteilt. Ein Wert in der

Nähe von null bedeutet relativ geringe Verausgabung und relativ hohe Anerkennung, ein Wert über eins bedeutet relativ hohe Verausgabung und relativ niedrige Anerkennung. Die korrelativen Beziehungen zwischen den personenbezogenen Faktoren und den berufsbezogenen Faktoren sind im Anhang (Tabelle A) dargestellt.

Tabelle 6: Kennwerte der Skalen zur Erfassung der beruflichen Faktoren

Skalen	M	SD	Range	Reliabilität Cronbach's α
Mentoring				
- Mentoring-Skala gesamt	1.89	0.77	0.00–3.95	0.94
- Mentoring-Skala (Abele, 1998)	2.57	0.95	1.00–5.00	0.83
- Sichtbarkeit / Einflussnahme	1.74	1.09	0.00–4.00	0.91
- Hilfe bei der Karriereplanung	2.01	1.10	0.00–4.00	0.89
- Coaching	2.34	0.96	0.00–4.00	0.91
- Emotionale Unterstützung	1.75	1.01	0.00–4.00	0.92
- Rollenmodell	2.33	1.01	0.00–4.00	0.92
Effort-Reward-Imbalance ERI				
- Effort	14.99	4.20	6.00–25.00	0.72
- Reward	43.32	6.99	21.00–51.00	0.77
- ERI	0.80	0.32	0.26–1.99	-

Der Aspekt der privaten Lebenssituation wurde in dieser Untersuchung mit der Frage erfasst, ob die Teilnehmenden *Kinder* haben.

4.3.3 Erfassung der angestrebten Work-Life-Balance

Die angestrebte Work-Life-Balance wurde mittels einer adaptierten Version des Fragebogens zu den Berufstypen von Abele und Nitzsche (2002) erhoben. Dabei wurde die Zustimmung zu drei verschiedenen Arten der in fünf Jahren angestrebten Gewichtung von Berufs- und Privatleben auf einer fünfstufigen Antwortskala von „überhaupt nicht“ (1) bis „voll und ganz“ (5) erfasst. Die erste Art der Gewichtung wird als Karriereorientierung bezeichnet und beschreibt eine Ausrichtung des Lebens auf den beruflichen Aufstieg mit Inkaufnahme von Abstrichen bezüglich Freizeit: „Ich möchte gerne in verantwortlicher Führungs- oder Spezialistenposition tätig sein. Dafür bin ich gerne bereit, mehr als meine wöchentliche Pflichtarbeitszeit zu investieren und auf Freizeit zu verzichten.“ Die Teilzeitorientierung beschreibt das Anstreben einer Teilzeittätigkeit mit dem Gewinn von Zeit für das Privatleben: „Ich könnte mir vorstellen, wenn das finanziell möglich ist, Teilzeit zu arbeiten und dadurch

mehr Zeit für andere Lebensbereiche wie Familie, Freunde und Hobbys etc. zu haben.“ Die Dreiphasenorientierung beschreibt eine Reduktion der Berufstätigkeit bei Familiengründung für eine gewisse Zeitspanne: “Wenn ich eine Familie mit kleinen Kindern habe, möchte ich meine Berufstätigkeit stark reduzieren. Die Familie ist mir wichtiger. Später kann ich ja wieder vermehrt berufstätig sein.“ Aufgrund der teilweise ausgeprägt schiefen Antwortverteilung bei den drei Fragen wurden die fünfstufigen Skalen dichotomisiert. Dabei wurden die Antwortstufen 1 bis 3 und die Antwortstufen 4 bis 5 zusammengelegt und mit 0 beziehungsweise mit 1 kodiert, wobei 1 für die Zustimmung zu der jeweiligen Orientierung steht. Die korrelativen Beziehungen zwischen den drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance sind im Anhang (Tabelle B) dargestellt.

4.3.4 Zusätzlich erhobene Variablen

Neben den oben beschriebenen Variablen wurden weitere Angaben erhoben. Dies waren neben soziodemographischen Daten zur Beschreibung der Stichprobe insbesondere Angaben zur genaueren Beschreibung der Arbeits- und der Lebenssituation zu T4 (Pensum der Berufstätigkeit, Arbeitsstunden, Kinderwunsch und Kombination von Beruf und Familie), zum Vorhandensein eines Mentors zu T3 und T4 sowie zur Beschreibung der Person eines allfällig vorhandenen Mentors zu T4 (Alter, Geschlecht, Position, Fachbereich). Die entsprechenden Häufigkeiten beziehungsweise Mittelwerte und Standardabweichungen sind in den Kapiteln 5.1 und 5.4 dargestellt. Zudem wurde die Lebenszufriedenheit mittels Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Henrich & Herschbach, 2000) erfasst. Dieser fragt nach der Zufriedenheit mit den acht Lebensbereichen Freunde/Bekannte, Freizeit/Hobbys, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder sowie Partnerschaft/Sexualität. Die Zufriedenheit wird auf einer fünfstufigen Antwortskala von „nicht wichtig“ (1) bis „sehr wichtig“ (5) beziehungsweise „unzufrieden“ (1) bis „sehr zufrieden“ (5) erfasst. Die interne Konsistenz der Zufriedenheitsskala liegt bei 0.73, Mittelwerte und Standardabweichungen sind nach Geschlechtern getrennt in Kapitel 5.1 dargestellt. Weiter wurde als zusätzliche Art der angestrebten Work-Life-Balance die Ausstiegsorientierung erhoben, das heisst die Zustimmung zur folgenden Aussage „Für mich ist eine eigene Berufstätigkeit nicht so wichtig. Ich kann mir durchaus vorstellen, ganz aus dem Erwerbsleben auszusteigen und mich anderem (Familie, Freunden, Hobbys etc.) zu widmen.“ Die Häufigkeit ist in Kapitel 5.1

dargestellt. Für die Darstellung der Fallbeispiele in Kapitel 5.6 wurden neben den quantitativ erhobenen Daten auch Angaben aus halbstrukturierten Telefoninterviews einbezogen. Diese Anfang 2008 geführten Telefoninterviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

4.4 Datenanalyse

Im Folgenden werden die zur Analyse der Daten verwendeten statistischen Verfahren beschrieben. Wo es sinnvoll ist, wird dabei auf die untersuchte Fragestellung Bezug genommen. Alle Analysen werden mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 14, vorgenommen.

Deskriptive Darstellung

Die deskriptive Darstellung von Daten erfolgt anhand von Mittelwerten, Standardabweichungen, Ranges und Häufigkeitsbeschreibungen (Bortz, 2004).

Häufigkeits- und Mittelwertsvergleiche

Häufigkeits- beziehungsweise Mittelwertsvergleiche zwischen zwei Stichproben werden mittels χ^2 -Tests beziehungsweise zweiseitiger t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt (Bortz, 2004). Dieses Vorgehen kommt insbesondere bei der Analyse von Geschlechtsunterschieden zum Einsatz. Mittelwertsvergleiche zwischen mehreren unabhängigen Stichproben erfolgen mittels einfaktorieller Varianzanalyse und Post-Hoc-Tests nach Bonferroni (Bortz, 2004).

Korrelationsanalysen

Zur bivariaten Analyse von Zusammenhängen zwischen kontinuierlichen Variablen beziehungsweise zwischen einer dichotomen und einer kontinuierlichen Variablen werden Korrelationskoeffizienten nach Pearson beziehungsweise punkt-biseriale Korrelationskoeffizienten berechnet und zweiseitig auf Signifikanz überprüft (Bortz, 2004).

Binär logistische Regressionsanalysen

Mit der binären logistischen Regressionsanalyse wird untersucht, wie eine dichotome abhängige Variable, die als Kriteriumsvariable bezeichnet wird, von einer oder mehreren

unabhängigen Variablen, so genannten Prädiktorvariablen, abhängt (Tabachnick & Fidell, 2001). Die Auftretswahrscheinlichkeit eines in der Kriteriumsvariablen definierten Ereignisses wird als nichtlineare logistische Wahrscheinlichkeitsfunktion der Prädiktorvariablen bestimmt. Dieses Verfahren wird in dieser Untersuchung zur Vorhersage der drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance, Karriereorientierung, Teilzeit- sowie Dreiphasenorientierung, (ja vs. nein) und zur Vorhersage des Laufbahnziels angestrebter Facharztstitel (operative Fächer vs. Innere Medizin) sowie dessen Stabilität (ja vs. nein) verwendet. Die logistische Regressionsanalyse wird zuerst bivariat für jede Prädiktorvariable einzeln durchgeführt. Für die multivariate Analyse wird das Verfahren der hierarchischen binären logistischen Regressionsanalyse gewählt. Bei der hierarchischen Regressionsanalyse wird untersucht, wie sich theoretisch unterscheidbare Gruppen von Prädiktorvariablen auf die Kriteriumsvariable auswirken. Im ersten Schritt werden die Prädiktorvariablen zur Analyse der Haupteffekte eingeschlossen und im zweiten Schritt zur Überprüfung des Moderatoreffekts des Geschlechts die Interaktionsterme zwischen Prädiktorvariablen und Geschlecht. Die kontinuierlichen Prädiktorvariablen werden bei der multivariaten Analyse zur Vermeidung von Multikollinearität aufgrund des Einbezugs der Interaktionseffekte z-standardisiert (Menard, 2002). Bei den multivariaten Analysen wird zudem die Kohortenzugehörigkeit als Kontrollvariable einbezogen.

Multiple lineare Regressionsanalysen

Die multiple Regressionsanalyse dient zur Untersuchung der Beziehungen zwischen einer kontinuierlichen abhängigen Variablen und mehreren unabhängigen Variablen (Tabachnick & Fidell, 2001). Dabei wird von einem linearen Zusammenhang zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariablen ausgegangen. Ziel ist, Zusammenhänge quantitativ zu beschreiben und Werte der abhängigen Variablen durch gewichtete unabhängige Variablen zu schätzen beziehungsweise vorherzusagen. Bei der hierarchischen Regressionsanalyse wird untersucht, wie sich theoretisch unterscheidbare Gruppen von Prädiktorvariablen auf die Kriteriumsvariable auswirken. Dieses Verfahren kommt in dieser Arbeit zur Vorhersage des Laufbahnerfolgs zum Einsatz. Im ersten Schritt werden die Prädiktorvariablen zur Analyse der Haupteffekte eingeschlossen und im zweiten Schritt zur Analyse des Moderatoreffekts des Geschlechts die Interaktionsterme zwischen Prädiktorvariablen und Geschlecht. Die kontinuierlichen Prädiktorvariablen werden z-standardisiert. Dies wird zur einfacheren Interpretation der Regressionsgewichte und zur Vermeidung von nicht essentieller

Multikollinearität empfohlen, wenn Interaktionseffekte in die Regressionsanalyse integriert werden (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003). Die Kohortenzugehörigkeit wird bei allen Berechnungen als Kontrollvariable einbezogen.

5 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse ist in sechs Abschnitte gegliedert. Als Erstes werden die zentralen Variablen dieser Arbeit Geschlechter-vergleichend dargestellt (Kapitel 5.1). Dabei wird die Aufmerksamkeit zuerst auf personenbezogene Faktoren, berufsbezogenen Faktoren sowie private Lebenssituation gerichtet, dann auf die angestrebte Work-Life-Balance und schliesslich auf Laufbahnziele und Laufbahnerfolg. Dies vermittelt einen ersten Überblick über die Ergebnisse und allfällige Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten. Zur Vervollständigung des Bildes wird die Darstellung der zentralen Variablen durch weitere Aspekte der Arbeits- und Lebenssituation der jungen Ärztinnen und Ärzte ergänzt. Als Zweites folgt die Beschreibung der Ergebnisse zur Prädiktion von angestrebter Work-Life-Balance, Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg im Längsschnitt (Kapitel 5.2). Es wird dargestellt, inwieweit Geschlecht, personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und private Lebenssituation diese Zielvariablen vorhersagen können. Daran schliesst sich als Drittes die Darstellung der Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg an (Kapitel 5.3). Diese Zusammenhänge werden im Querschnitt beschrieben. Als Viertes werden in einem Exkurs detaillierte Ergebnisse zum Themenbereich Mentoring dargestellt, da die Laufbahnunterstützung eine wichtige Rolle bei der Prädiktion von Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg spielt (Kapitel 5.4). Weiter werden als Fünftes die Zusammenhänge zwischen den Zielvariablen Laufbahnziele und Laufbahnerfolg beschrieben (Kapitel 5.5). Abschliessend werden zur Illustration zwei konkrete Fallbeispiele dargestellt (Kapitel 5.6).

5.1 Geschlechtsunterschiede bei den zentralen Variablen

Die Laufbahnentwicklung von Frauen und Männern verläuft in gewissen Aspekten unterschiedlich. Im Folgenden werden Laufbahn-relevante personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren, private Lebenssituation, angestrebte Work-Life-Balance und Laufbahnziele sowie Laufbahnerfolg von Ärztinnen und Ärzten vergleichend dargestellt und durch zusätzlich erhobene Daten ergänzt. Die postulierten Hypothesen zu den Geschlechtsunterschieden werden überprüft.

5.1.1 Personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und private Lebenssituation bei Ärztinnen und Ärzten

Welche Geschlechtsunterschiede gibt es bei Laufbahn-relevanten personenbezogenen Faktoren, und wie sieht die berufliche und private Lebenssituation von Ärztinnen und Ärzten aus? In Tabelle 7 sind zuerst die *personenbezogenen Faktoren* im Geschlechtervergleich dargestellt. Aufgrund der Mittelwertsvergleiche mittels t-Tests für unabhängige Stichproben zeigt sich, dass bei Instrumentalität, beruflicher Selbstwirksamkeit, extrinsischer sowie intrinsischer Karrieremotivation und extraprofessionaler Motivation signifikante Geschlechtsunterschiede bestehen. Ärzte haben höhere Werte bei der Instrumentalität, der beruflichen Selbstwirksamkeit, der extrinsischen und intrinsischen Karrieremotivation, Ärztinnen haben höhere Werte bei der extraprofessionalen Motivation. Einzig beim Kohärenzsinn zeigt sich kein Geschlechtsunterschied.

Tabelle 7: Personenbezogene, berufsbezogene Faktoren und private Lebenssituation im Geschlechtervergleich

	Frauen (n=71)	Männer (n=85)	Prüfgrösse
<i>Personenbezogene Faktoren</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>
- Instrumentalität	4.12(0.71)	4.37 (0.60)	2.30 (137.69) *
- Kohärenzsinn	5.07 (0.89)	5.14 (0.82)	0.50 (154)
- Berufliche Selbstwirksamkeit	3.60 (0.71)	3.86 (0.60)	2.47 (154) *
- Extrinsische Karrieremotivation	3.91 (0.96)	4.44 (0.69)	3.87 (123.68) ***
- Intrinsische Karrieremotivation	6.00 (0.52)	6.18 (0.54)	2.13 (154) *
- Extraprofessionale Motivation	4.31 (1.16)	3.75 (0.92)	-3.34 (132.32) ***
<i>Berufsbezogene Faktoren</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>
- Mentoring	1.80 (0.80)	1.97 (0.76)	1.35 (154)
- Effort-Reward-Imbalance	0.74 (0.22)	0.83 (0.35)	2.02 (143.57) *
<i>Private Lebenssituation</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>χ^2 (df)</i>
- Kinder	10 (14.1%)	21 (24.7%)	2.74 (1)

Anmerkungen: Zweiseitiger Test; * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Wie sieht die berufliche Situation der jungen Ärztinnen und Ärzte aus und inwieweit gibt es Geschlechtsunterschiede bei *berufsbezogenen Faktoren*? Zum vierten Erhebungszeitpunkt üben 147 der 156 Teilnehmenden (94.2%) eine Vollzeittätigkeit aus. Von den restlichen neun Teilnehmenden, alles Ärztinnen, haben sieben eine Teilzeittätigkeit mit einem Pensum zwischen 50% und 70% und zwei sind zum Erhebungszeitpunkt nicht berufstätig. Die reale

Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte mit vollem Pensum beträgt durchschnittlich 55.60 Stunden (SD=6.37 Stunden, Range 40–80 Stunden). Die gesetzlich festgelegte wöchentliche Höchstarbeitszeit für Assistenzärzte beträgt bei einer 100%-Anstellung 50 Stunden. Bei der realen Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte mit Vollzeitpensum gibt es eine grosse Varianz, die einen arbeiten bis zu doppelt so viel Stunden wie die anderen. Bei den Vollzeit arbeitenden Ärztinnen liegt die reale Arbeitszeit bei 54.55 Stunden (SD=6.12), bei den Ärzten leicht höher bei 56.36 (SD=6.47) ($t(145)=1.72$, ns.) Bei den Teilzeitbeschäftigten liegt die reale Arbeitszeit durchschnittlich bei 28.29 Stunden (SD=3.73 Stunden, Range 25–35 Stunden). Die Mehrheit der berufstätigen Teilnehmenden, 95.5%, arbeitet in Spitälern. Die anderen Teilnehmenden sind in Forschungsinstitutionen, Arztpraxen oder weiteren Bereichen tätig. In Tabelle 7 sind die berufsbezogenen Faktoren Mentoring und Effort-Reward-Imbalance im Geschlechtervergleich dargestellt. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei der Effort-Reward-Imbalance, nicht aber beim Mentoring. Ärzte haben höhere Werte bei der Effort-Reward-Imbalance, sie erleben demzufolge ein höheres Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung als Ärztinnen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie von leicht höherer Verausgabung und leicht geringerer Anerkennung berichten als Ärztinnen.

Als Nächstes gilt die Aufmerksamkeit der *privaten Lebenssituation* der jungen Ärztinnen und Ärzte. Die Mehrheit der Teilnehmenden, 77.5% der Ärztinnen und 87.1% der Ärzte, leben zum vierten Erhebungszeitpunkt in einer festen Partnerschaft ($\chi^2(1)=2.49$, ns). Von den Ärztinnen haben 41.8% einen Mediziner als Partner, bei den Ärzten sind es 30.1% ($\chi^2(1)=1.88$, ns). Was den Zivilstand anbelangt, sind 32.4% der Ärztinnen und 34.1% der Ärzte verheiratet. Kinder haben 10 der 71 Ärztinnen (14.1%) und 21 der 85 Ärzte (24.7%). Beim Vergleich mittels χ^2 -Test zeigt sich, dass dieser tendenzielle Häufigkeitsunterschied nicht signifikant ist (vgl. Tabelle 7). Die Mehrheit der Teilnehmenden, die zum vierten Erhebungszeitpunkt noch keine Kinder haben, möchte in Zukunft eine Familie gründen. Dabei zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten. Von den Ärztinnen wünschen sich 80.0% Kinder, von den Ärzten 92.2% ($\chi^2(1)=3.89$, $p \leq 0.05$). Die Ärztinnen und Ärzte mit Kinderwunsch möchten diesen in durchschnittlich 2.3 Jahren (SD=1.68 Jahre, Range 0-7 Jahre) realisieren. Wie kombinieren Ärztinnen und Ärzte mit Kindern zusammen mit ihren Partnerinnen und Partnern Berufstätigkeit und Familie? Und welches Modell streben die Teilnehmenden mit Kindern und Kinderwunsch für die Zukunft an? In Tabelle 8 sind die aktuellen und angestrebten Kombinationsmodelle von Beruf und

Familie dargestellt. Das häufigste Modell bei Ärztinnen und Ärzten mit Kindern ist das der Vollzeittätigkeit des Vaters kombiniert mit einer Teilzeittätigkeit der Mutter. Bei den angestrebten Modellen zeichnen sich zwischen Ärztinnen und Ärzten Unterschiede ab. Das von den Frauen am häufigsten angestrebte Kombinationsmodell von Beruf und Familie ist die Teilzeitarbeitstätigkeit beider Eltern. Das von den Männern am häufigsten angestrebte Modell ist die Vollzeittätigkeit des Vaters kombiniert mit einer Teilzeittätigkeit der Mutter. Ärzte haben also etwas traditionellere Vorstellungen hinsichtlich der Kombination von Beruf und Familie als Ärztinnen.

Tabelle 8: Kombinationsmodelle von Beruf und Familie bei Ärztinnen und Ärzten

	Aktuelles Modell		Angestrebtes Modell	
	Frauen (n=10) Anteil in %	Männer (n=21) Anteil in %	Frauen (n=57) Anteil in %	Männer (n=77) Anteil in %
Beide Eltern arbeiten Vollzeit	20.0	9.5	5.3	5.2
Vater arbeitet Vollzeit, Mutter Teilzeit	50.0	57.2	26.3	55.8
Vater arbeitet Vollzeit, Mutter arbeitet nicht	10.0	33.3	-	10.4
Mutter arbeitet Vollzeit, Vater Teilzeit	-	-	3.5	1.3
Mutter arbeitet Vollzeit, Vater arbeitet nicht	-	-	1.8	-
Beide Eltern arbeiten Teilzeit	20.0	-	63.1	27.3

Wie steht es um die Lebenszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte? Diese wurde hinsichtlich der acht Aspekte Zufriedenheit mit Freunden, Freizeit, Gesundheit, Einkommen, Beruf, Wohnen, Familie und Partnerschaft erhoben und ist in Tabelle 9 dargestellt. Ärztinnen und Ärzte schätzen ihre Zufriedenheit bei den Aspekten Gesundheit und Wohnen am höchsten ein, am wenigsten zufrieden sind sie mit dem Aspekt Freizeit. Bei der Überprüfung von Geschlechtsunterschieden mittels t-Test zeigt sich, dass Ärztinnen und Ärzte sich hinsichtlich Zufriedenheit mit Freunden, Einkommen und Wohnen signifikant unterscheiden. Ärztinnen geben in den genannten Bereichen eine höhere Zufriedenheit an als Ärzte.

Tabelle 9: Lebenszufriedenheit im Geschlechtervergleich

Zufriedenheit mit	Frauen (n=71) M (SD)	Männer (n=85) M (SD)	t (df)
Freunden	3.66 (1.04)	3.28 (1.07)	2.24 (154) *
Freizeit	3.10 (0.91)	2.91 (0.97)	1.27 (154)
Gesundheit	4.14 (0.98)	4.00 (1.06)	0.86 (154)
Einkommen	3.62 (1.06)	3.13 (1.09)	2.83 (154) **
Beruf	3.59 (0.87)	3.45 (0.98)	0.96 (154)
Wohnen	4.28 (0.80)	3.98 (1.04)	2.03 (154) *
Familie	3.56 (1.22)	3.48 (1.14)	0.46 (154)
Partnerschaft	3.76 (1.31)	3.81 (1.09)	-0.27 (154)

Anmerkungen: Zweiseitiger Test; * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Insgesamt kann hinsichtlich personenbezogener Faktoren, berufsbezogener Faktoren und privater Lebenssituation festgehalten werden, dass die Ärzte hypothesenkonform eine höhere Instrumentalität, eine höhere extrinsische Karrieremotivation und eine tiefere extraprofessionale Motivation haben als Ärztinnen. Der vermutete Geschlechtsunterschied bei der Häufigkeit von Kindern hingegen konnte nicht bestätigt werden. Zusätzlich zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede bei den zentralen Variablen berufliche Selbstwirksamkeit, intrinsische Karrieremotivation und Effort-Reward-Imbalance, in welchen die Ärzte höhere Werte angaben. Im Rahmen der ergänzend dargestellten Ergebnisse konnte zudem ein Geschlechtsunterschied hinsichtlich Kinderwunsch festgestellt werden: Bis jetzt kinderlose Ärztinnen möchten weniger häufig eine Familie gründen als noch kinderlose Ärzte.

5.1.2 Angestrebte Work-Life-Balance von Ärztinnen und Ärzten

Im Folgenden interessiert, welche Art von Work-Life-Balance die jungen Ärztinnen und Ärzte in naher Zukunft anstreben. In dieser Untersuchung ist die Zustimmung zu drei Arten von Work-Life-Balance von besonderem Interesse: Karriereorientierung, Teilzeit- und Dreiphasenorientierung. Die *Karriereorientierung* beinhaltet eine Ausrichtung des Lebens auf den beruflichen Aufstieg, die *Teilzeitorientierung* das Anstreben einer Teilzeittätigkeit mit dem Gewinn von Zeit für das Privatleben und die *Dreiphasenorientierung* eine vorübergehende Reduktion der Berufstätigkeit bei Familiengründung. Die Hypothese lautet,

dass Ärzte im Vergleich mit Ärztinnen häufiger eine Karriereorientierung haben, und weniger häufig eine Teilzeit- und Dreiphasenorientierung. Bei der Überprüfung mittels χ^2 -Test bestätigen sich die erwarteten Unterschiede. Wie Tabelle 10 zu entnehmen ist, sind Männer signifikant häufiger karriereorientiert als Frauen. Die Teilzeit- und Dreiphasenorientierung dagegen ist bei Frauen häufiger. Wird die Zustimmung zu den drei unterschiedlichen Arten der angestrebten Gewichtung von Berufs- und Privatleben in eine Rangfolge gebracht, zeigt sich, dass bei den Männern die Karriereorientierung die höchste Zustimmung genießt, gefolgt von der Teilzeit- und der Dreiphasenorientierung. Bei den Frauen findet die Teilzeitorientierung die höchste Zustimmung, gefolgt von der Dreiphasen- und der Karriereorientierung.

Tabelle 10: Angestrebte Work-Life-Balance im Geschlechtervergleich

		Frauen (n=71)	Männer (n=85)	χ^2 (df)
		n (%)	n (%)	
Karriereorientierung	ja	19 (26.8)	55 (64.7)	22.34 (1) ***
	nein	52 (73.2)	30 (35.3)	
Teilzeitorientierung	ja	56 (78.9)	40 (47.1)	16.54 (1) ***
	nein	15 (21.1)	45 (52.9)	
Dreiphasenorientierung	ja	34 (47.9)	15 (17.6)	16.42 (1) ***
	nein	37 (52.1)	70 (82.4)	

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Inwieweit können sich die befragten Ärztinnen und Ärzte einen Ausstieg aus dem Beruf vorstellen, um sich anderen Dingen wie beispielsweise der Familie zu widmen? Einen solchen Ausstieg ziehen nur wenige Befragte in Betracht, und zwar 4 Ärztinnen (5.6%) und 3 Ärzte (3.5%) ($\chi^2(1)=0.53$, ns). Während sich relativ viele Befragte, nämlich 78.9% der Frauen und 47.1% der Männer, eine Teilzeittätigkeit vorstellen könnten, ist für die grosse Mehrheit ein völliger Ausstieg aus dem Erwerbsleben also nicht denkbar, und dies gilt gleichermassen für Ärztinnen und Ärzte.

5.1.3 Laufbahnziele und Laufbahnerfolg von Ärztinnen und Ärzten

Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg? Beim *Laufbahnziel* interessierten der *angestrebte Facharztstitel* und die *Stabilität* dieses Ziels.

Im Rahmen des *Laufbahnerfolgs* sind zwei Aspekte von Interesse: der auf der Grundlage von objektiven Indikatoren gemessene *objektive Erfolg* und der im Vergleich mit Studienkolleginnen und -kollegen eingeschätzte *subjektive Erfolg*. Die Hypothese lautet, dass ein höherer Anteil von Männern als von Frauen einen Facharztstitel in operativen Fächern anstrebt und dass Männer einen höheren objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg haben als Frauen. Die postulierten Unterschiede werden mittels χ^2 -Tests beziehungsweise t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft und die Ergebnisse können Tabelle 11 entnommen werden. Wie erwartet zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeitsverteilung des angestrebten Facharztstitels. Von den Männern strebt ein höherer Anteil eine Spezialisierung in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) an als von den Frauen. In den operativen Fächern liegt der Männeranteil bei 79.5% und der Frauenanteil bei 20.5%, in den Fächern der Inneren Medizin beträgt der Männeranteil 44.6% und der Frauenanteil 55.4%. Hinsichtlich der Stabilität des angestrebten Laufbahnziels zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Bei den Ärzten ist die Stabilität des Laufbahnziels häufiger als bei den Ärztinnen. Was den Laufbahnerfolg anbelangt, zeigt sich sowohl beim objektiven als auch beim subjektiven Laufbahnerfolg hypothesenkonform ein signifikanter Unterschied. Männer sind anhand von objektiven und subjektiven Kriterien erfolgreicher in ihrer Laufbahn als Frauen. Diese Geschlechtsunterschiede bleiben auch bestehen, wenn nur die zu T4 Vollzeit berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in den Vergleich eingezogen werden (objektiver Erfolg: $M=5.22$, $SD=2.18$, $N=62$; $M=6.75$, $SD=3.45$, $N=85$; $t(142.40)=3.28$, $p\leq 0.001$; subjektiver Erfolg: $M=4.06$, $SD=1.21$, $N=62$; $M=4.48$, $SD=1.25$, $N=85$; $t(145)=2.03$, $p\leq 0.05$).

Tabelle 11: Laufbahnziele und Laufbahnerfolg im Geschlechtervergleich (N=156)

	Frauen (n=71)	Männer (n=85)	Prüfgrösse
<i>Laufbahnziele</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2(df)$
- Operative Fächer	9 (12.7)	35 (41.2)	15.52 (1) ***
- Fächer der Inneren Medizin	62 (87.3)	50 (58.8)	
- Stabilität des angestrebten Facharztstitels	54 (76.1)	76 (89.4)	4.97 (1) *
- Instabilität des angestrebten Facharztstitels	17 (23.9)	9 (10.6)	
<i>Laufbahnerfolg</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>
- Objektiver Laufbahnerfolg	5.21 (2.16)	6.75 (3.45)	3.39 (143.49) ***
- Subjektiver Laufbahnerfolg	4.07 (1.25)	4.48 (1.25)	2.05 (154) *

Anmerkungen: Zweiseitiger Test; * $p\leq 0.05$ ** $p\leq 0.01$ *** $p\leq 0.001$

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich vieler für die Laufbahn relevanter Variablen unterscheiden. Im Rahmen der personenbezogenen Faktoren finden sich signifikante Unterschiede bei Instrumentalität, extrinsischer und intrinsischer Karrieremotivation sowie beruflicher Selbstwirksamkeit mit höheren Werten bei Männern und bei extraprofessionaler Motivation mit höheren Werten bei Frauen. Hinsichtlich berufsbezogener Faktoren gibt es einen signifikanten Unterschied bei der Effort-Reward-Imbalance, welche bei Männern höher ist. Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich ebenfalls hinsichtlich der angestrebten Work-Life-Balance, mit einem höheren Anteil von Männern mit Karriereorientierung und einem höheren Anteil von Frauen mit Teilzeit- und Dreiphasenorientierung. Weiter festzuhalten sind die Geschlechterunterschiede bei Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg. Männer streben häufiger einen Facharzttitel in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) an als Frauen, und ihr Laufbahnziel ist häufiger stabil. Zudem sind bei den Ärzten signifikant höhere Werte beim objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg zu beobachten als bei den Ärztinnen.

5.2 Prädiktion von Work-Life-Balance, Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg

In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt auf der Analyse der längsschnittlichen Prädiktion von angestrebter Work-Life-Balance, Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg. Es wird untersucht, welchen Einfluss Geschlecht, personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren und private Lebenssituation ausüben. Zuerst werden die Ergebnisse zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance beschrieben. Dann folgen die Ergebnisse zu Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg. Bei den Laufbahnzielen liegt der Fokus zuerst auf dem angestrebten Facharzttitel und danach auf der Stabilität dieses Ziels. Beim Laufbahnerfolg werden die Ergebnisse zum objektiven und subjektiven Erfolg vergleichend dargestellt.

5.2.1 Einfluss von Geschlecht, personenbezogenen Faktoren und berufsbezogenen Faktoren auf die angestrebte Work-Life-Balance

5.2.1.1 Einfluss auf die angestrebte Work-Life-Balance Karriereorientierung

In dieser Untersuchung wurden drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance erfasst. Die Karriereorientierung beinhaltet eine Ausrichtung des Lebens auf den beruflichen Aufstieg, die

Teilzeitorientierung das Anstreben einer Teilzeittätigkeit mit dem Gewinn von Zeit für das Privatleben und die Dreiphasenorientierung eine Reduktion der Berufstätigkeit bei Familiengründung und danach wieder eine Erhöhung. Zunächst wird untersucht, welche Faktoren einen Einfluss auf die Karriereorientierung haben. Eine solche Orientierung zeigten zum vierten Erhebungszeitpunkt 47.4% der Befragten. Die Hypothese lautet, dass männliches Geschlecht, Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation einen positiven, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance einen negativen Einfluss ausüben. Mittels logistischer Regressionsanalysen wird zunächst bivariat und nach Geschlechtern getrennt überprüft, ob jeder der Prädiktoren für sich alleine einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Karriereorientierung leistet. Wie in Tabelle 12 dargestellt, erklären bei den Ärztinnen die Vorhersagemodelle mit Instrumentalität, extrinsischer Karrieremotivation und extraprofessionaler Motivation einen signifikanten Varianzanteil. Dabei haben Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation hypothesenkonform einen positiven, extraprofessionale Motivation einen negativen Einfluss auf die Karriereorientierung. Das Vorhersagemodell mit Effort-Reward-Imbalance dagegen wird nicht signifikant. Bei den Ärzten erklären nur die Modelle mit Instrumentalität und extraprofessionaler Motivation einen signifikanten Varianzanteil, wobei Instrumentalität als Prädiktor knapp nicht signifikant wird. Sowohl bei Frauen als auch Männern erklärt die extraprofessionale Motivation den höchsten Anteil an Varianz. Das bivariate logistische Regressionsmodell zur Vorhersage der Karriereorientierung mittels Geschlecht ist ebenfalls signifikant ($\chi^2(1)=23.0$, $p \leq 0.001$) und die Varianzaufklärung beträgt Nagelkerke $R^2=0.18$, wobei männliches Geschlecht mit Odds Ratio=5.0 ($p \leq 0.001$) die Wahrscheinlichkeit einer Karriereorientierung erhöht.

Tabelle 12: Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Karriereorientierung nach Geschlecht

Prädiktoren	Frauen (n=71)		Männer (n=85)	
	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Instrumentalität	0.14 (7.25, 1) **	3.13 *	0.06 (3.86, 1) *	2.17
Extrins. Karrieremotivation	0.14 (7.10, 1) **	2.32 *	0.06 (3.54, 1)	1.89
Extraprof. Motivation	0.17 (8.80, 1) **	0.48 **	0.21 (13.98, 1) ***	0.36 ***
Effort-Reward-Imbalance	0.01 (0.33, 1)	2.02	0.01 (0.56, 1)	1.65

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Nun wird die Hypothese multivariat mittels einer hierarchischen logistischen Regressionsanalyse überprüft. Beim gleichzeitigen Einbezug aller Prädiktoren im ersten Schritt ist das Vorhersagemodell mit einer Varianzaufklärung von 39% signifikant (Tabelle 13). Signifikante unabhängige Prädiktoren sind Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation. Männliches Geschlecht und hohe Instrumentalität erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Karriereorientierung, hohe extraprofessionale Motivation verringert sie. Interessant ist, dass das Geschlecht unabhängig von Instrumentalität und extraprofessionaler Motivation ein signifikanter Einflussfaktor bleibt. Entgegen der Erwartungen sind extrinsische Karrieremotivation und Effort-Reward-Imbalance keine signifikanten Prädiktoren. Die Hypothese zur Vorhersage der Karriereorientierung konnte teilweise bestätigt werden.

Tabelle 13: Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Karriereorientierung (N=156)

	Prädiktorvariablen	Δ Nagelkerke R^2 (χ^2, df)	Odds Ratio
Schritt 1		0.39 (53.74, 6) ***	
	Geschlecht (m=1, w=0)		3.64 ***
	Instrumentalität		1.61 *
	Extrinsische Karrieremotivation		1.18
	Extraprofessionale Motivation		0.45 ***
	Effort-Reward-Imbalance		1.04
Schritt 2		0.01 (1.75, 4)	
	Geschl. x Instrumentalität		0.79
	Geschl. x extrinsische Karrieremot.		0.67
	Geschl. x extraprof. Motivation		0.69
	Geschl. x Effort-Reward-Imbalance		0.94
Nagelkerke R^2		0.40 (55.48, 10) ***	

Anmerkungen: Kontinuierliche Prädiktorvariablen sind z-standardisiert; Kontrollvariable Kohorte;
* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$,

Weiterführend wird explorativ untersucht, ob das Geschlecht zusätzlich zum direkten Einfluss einen Moderatoreffekt auf die Zusammenhänge zwischen Prädiktorvariablen und Karriereorientierung ausübt. Dazu werden im zweiten Schritt der hierarchischen Regressionsanalyse die Interaktionsterme zwischen den einzelnen Prädiktoren und dem Geschlecht eingefügt. Aus Tabelle 13 ist zu entnehmen, dass die neu eingefügten Prädiktoren

keinen signifikanten zusätzlichen Anteil an Varianz erklären. Wie aufgrund der Geschlechter getrennten bivariaten Analysen zu erwarten war, findet sich kein Moderatoreffekt des Geschlechts. Die Art des Einflusses der im Modell einbezogenen Prädiktorvariablen unterscheidet sich bei Ärztinnen und Ärzten in der Vorhersage der Karriereorientierung nicht.

5.2.1.2 Einfluss auf die angestrebte Work-Life-Balance Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung

Welche Faktoren beeinflussen die angestrebte Work-Life-Balance Teilzeit- und Dreiphasenorientierung? Zum vierten Erhebungszeitpunkt zeigten 61.5% der Befragten eine Teilzeitorientierung und 31.4% eine Dreiphasenorientierung. Die Hypothese lautet, dass männliches Geschlecht, Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation einen negativen, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance einen positiven Einfluss ausüben. Wiederum wird zunächst mittels logistischer Regressionsanalysen bivariat und nach Geschlechtern getrennt überprüft, ob jeder der Prädiktoren für sich alleine einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Teilzeitorientierung leistet. Die Ergebnisse zur *Teilzeitorientierung* sind Tabelle 14 zu entnehmen. Bei den Ärztinnen erklärt nur das Vorhersagemodell mit der extraprofessionalen Motivation einen signifikanten Anteil der Varianz. Die extraprofessionale Motivation hat erwartungsgemäss einen positiven Einfluss auf die angestrebte Work-Life-Balance Teilzeitorientierung. Bei den Ärzten erklären alle vier Vorhersagemodelle einen signifikanten Anteil der Varianz. Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation haben einen negativen, extraprofessionale Motivation einen positiven Einfluss auf die Teilzeitorientierung. Der Prädiktor Effort-Reward-Imbalance wird knapp nicht signifikant. Tendenziell zeigt sich jedoch, dass Ärzte, die ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung erleben, für die Zukunft eher eine Teilzeittätigkeit in Betracht ziehen. Wie bei der Karriereorientierung erklärt auch bei der Dreiphasenorientierung die extraprofessionale Motivation den höchsten Varianzanteil. Das bivariate logistische Regressionsmodell zur Vorhersage der Teilzeitorientierung mittels Geschlecht ist ebenfalls signifikant ($\chi^2(1)=17.1$, $p \leq 0.001$) und die Varianzaufklärung beträgt Nagelkerke $R^2=0.14$, wobei männliches Geschlecht mit Odds Ratio=0.24 ($p \leq 0.001$) die Wahrscheinlichkeit einer Teilzeitorientierung verringert.

Tabelle 14: Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Teilzeitorientierung nach Geschlecht

Prädiktoren	Frauen (n=71)		Männer (n=85)	
	Nagelkerke R ² (χ^2 , df)	Odds Ratio	Nagelkerke R ² (χ^2 , df)	Odds Ratio
Instrumentalität	0.03 (1.24, 1)	0.62	0.07 (4.24, 1) *	0.45 *
Extrinsische Karrieremot.	0.03 (1.51, 1)	0.68	0.13 (8.36, 1) **	0.37**
Extraprofessionale Mot.	0.40 (20.85, 1) ***	4.02 ***	0.26 (18.37, 1) ***	3.30 ***
Effort-Reward-Imbalance	0.03 (1.30, 1)	0.22	0.06 (3.85, 1) *	3.58

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zur Überprüfung der bivariaten Zusammenhänge bei der *Dreiphasenorientierung* sind nach Geschlechtern getrennt in Tabelle 15 dargestellt. Bei den Ärztinnen erklären die Vorhersagemodelle mit der extrinsischen Karrieremotivation und der extraprofessionalen Motivation einen signifikanten Anteil der Varianz. Erwartungsgemäss verringert die extrinsische Karrieremotivation die Wahrscheinlichkeit einer Dreiphasenorientierung, und die extraprofessionale Motivation erhöht sie. Bei den Ärzten wird einzig das Vorhersagemodell mit der extrinsischen Karrieremotivation signifikant. Diese verringert wiederum die Wahrscheinlichkeit einer Dreiphasenorientierung. Das bivariate logistische Regressionsmodell zur Vorhersage der Dreiphasenorientierung mittels Geschlecht ist ebenfalls signifikant ($\chi^2(1)=16.65$, $p \leq 0.001$) und die Varianzaufklärung beträgt Nagelkerke R²=0.14, wobei männliches Geschlecht mit Odds Ratio=0.23 ($p \leq 0.001$) die Wahrscheinlichkeit einer Dreiphasenorientierung verringert.

Tabelle 15: Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Dreiphasenorientierung nach Geschlecht

Prädiktoren	Frauen (n=71)		Männer (n=85)	
	Nagelkerke R ² (χ^2 , df)	Odds Ratio	Nagelkerke R ² (χ^2 , df)	Odds Ratio
Instrumentalität	0.01 (0.24, 1)	0.85	0.07 (3.74, 1)	0.40
Extrinsische Karrieremot.	0.13 (7.09, 1) **	0.49 *	0.17 (9.31, 1) **	0.27 **
Extraprofessionale Mot.	0.15 (8.54, 1) **	1.93 **	0.07 (3.54, 1)	1.81
Effort-Reward-Imbalance	0.01 (0.19, 1)	1.62	0.06 (2.98, 1)	3.92

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Welches Bild zeigt sich, wenn alle Prädiktoren gleichzeitig einbezogen werden? Die Ergebnisse der multivariaten logistischen Regressionsanalyse für die *Teilzeitorientierung* sind in Tabelle 16 dargestellt. Alle Prädiktoren gemeinsam erklären im ersten Schritt 48% der Varianz der Teilzeitorientierung. Voneinander unabhängige signifikante Prädiktoren sind Geschlecht, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance. Männliches Geschlecht verringert die Wahrscheinlichkeit einer Teilzeitorientierung, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance erhöhen sie. Frauen sowie Ärztinnen und Ärzte, die eine hohe extraprofessionale Motivation haben und ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung am Arbeitsplatz erleben, streben also eher eine Teilzeittätigkeit an. Wie bei der Karriereorientierung bleibt auch bei der Teilzeitorientierung der Einfluss des Geschlechts unabhängig von den anderen Prädiktoren erhalten. Keine signifikanten Prädiktoren hingegen sind Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation. Die Hypothese zur Vorhersage der Teilzeitorientierung konnte teilweise bestätigt werden.

Tabelle 16: Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Teilzeitorientierung (N=156)

Prädiktorvariablen	Δ Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Schritt 1	0.48 (67.18, 6) ***	
Geschlecht (m=1, w=0)		0.24 **
Instrumentalität		0.76
Extrinsische Karrieremotivation		0.87
Extraprofessionale Motivation		4.03 ***
Effort-Reward-Imbalance		1.63*
Schritt 2	0.04 (7.40, 4)	
Geschl. x Instrumentalität		1.03
Geschl. x extrinsische Karrieremot.		0.44
Geschl. x extraprof. Motivation		0.85
Geschl. x Effort-Reward-Imbalance		3.83
Nagelkerke R^2	0.52 (74.58, 10) ***	

Anmerkungen: Kontinuierliche Prädiktorvariablen sind z-standardisiert; Kontrollvariable Kohorte;

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$,

Explorativ wird nun analysiert, ob das Geschlecht zusätzlich zum direkten Einfluss einen Moderatoreffekt ausübt. Die im zweiten Schritt der hierarchischen logistischen Regressionsanalyse eingefügten Interaktionseffekte erhöhen den Erklärungswert des Modells

um 4% auf insgesamt 52%. Dieser zusätzlich durch die vier Interaktionseffekte erklärte Varianzanteil ist jedoch nicht signifikant (Tabelle 16). Die Art des Einflusses der im Modell einbezogenen Prädiktorvariablen unterscheidet sich bei Ärztinnen und Ärzten in der Vorhersage der Teilzeitorientierung also nicht.

Tabelle 17: Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Dreiphasenorientierung (N=156)

Prädiktorvariablen	Δ Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Schritt 1	0.35 (45.21, 6) ***	
Geschlecht (m=1, w=0)		0.28 **
Instrumentalität		1.01
Extrinsische Karrieremotivation		0.50 **
Extraprofessionale Motivation		1.69 *
Effort-Reward-Imbalance		1.62 *
Schritt 2	0.02 (2.77, 4)	
Geschl. x Instrumentalität		0.76
Geschl. x extrinsische Karrieremot.		0.58
Geschl. x extraprof. Motivation		0.96
Geschl. x Effort-Reward-Imbalance		1.66
Nagelkerke R^2	0.37 (47.97, 10) ***	
Anmerkungen: Kontinuierliche Prädiktorvariablen sind z-standardisiert; Kontrollvariable Kohorte; * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$,		

Die Ergebnisse der multivariaten Hypothesentestung für die *Dreiphasenorientierung* sind in Tabelle 17 dargestellt. Beim gleichzeitigen Einbezug aller Prädiktoren im ersten Schritt ist das Vorhersagemodell mit einer Varianzaufklärung von 35% signifikant. Unabhängige signifikante Prädiktoren sind Geschlecht, extrinsische Karrieremotivation, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance. Männliches Geschlecht und extrinsische Karrieremotivation verringern die Wahrscheinlichkeit einer Dreiphasenorientierung, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance erhöhen diese. Instrumentalität dagegen ist kein signifikanter Prädiktor. Bei der Dreiphasenorientierung wird die Hypothese also weitgehend bestätigt. Explorativ wird wieder der Moderatoreffekt des Geschlechts untersucht. Wie Tabelle 17 zu entnehmen ist, erhöhen die im zweiten Schritt eingefügten Interaktionseffekte den Erklärungswert des Modells nicht signifikant. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die Art des Einflusses der im Modell einbezogenen

Prädiktorvariablen bei Ärztinnen und Ärzten in der Vorhersage der Dreiphasenorientierung nicht unterscheidet.

Werden die Vorhersagemodelle für die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance, Karriere-, Teilzeit- und Dreiphasenorientierung, verglichen, zeigt sich, dass die Varianzaufklärung bei der Teilzeitorientierung mit 48% am höchsten ist, gefolgt von der Karriere- und Dreiphasenorientierung mit 39% beziehungsweise 35%. In allen drei Modellen sind Geschlecht und extraprofessionale Motivation signifikante unabhängige Prädiktoren, wenn auch in unterschiedlichen Richtungen. Männliches Geschlecht und geringe extraprofessionale Motivation erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine Karriereorientierung, weibliches Geschlecht und hohe extraprofessionale Motivation die Wahrscheinlichkeit für die Teilzeit- und Dreiphasenorientierung. Bemerkenswert ist, dass das Geschlecht unabhängig von den restlichen Prädiktoren für die Vorhersage aller drei Arten der Work-Life-Balance eine wichtige Rolle spielt. Es wäre auch vorstellbar gewesen, dass die bei der angestrebten Work-Life-Balance festgestellten Geschlechtsunterschiede (vgl. Kap. 5.1.2) durch die anderen Prädiktoren vollumfänglich erklärt werden. Die weiteren signifikanten Prädiktoren unterschieden sich je nach Art der angestrebten Work-Life-Balance. Die Instrumentalität spielt nur eine Rolle bei der Vorhersage der Karriereorientierung und hängt positiv mit dieser zusammen. Die Effort-Reward-Imbalance ist nur für die Vorhersage der Teilzeit- und der Dreiphasenorientierung relevant, indem ein erlebtes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung die Wahrscheinlichkeit für diese beiden Arten der angestrebten Work-Life-Balance erhöht. Und die extrinsische Karrieremotivation ist nur bei der Vorhersage der Dreiphasenorientierung ein wichtiger Prädiktor, indem eine geringe Ausprägung die Wahrscheinlichkeit für eine Dreiphasenorientierung erhöht.

5.2.2 Einfluss von Geschlecht, personenbezogenen Faktoren und berufsbezogenen Faktoren auf die Laufbahnziele

5.2.2.1 Einfluss auf den angestrebten Facharztstitel

Wie in Kap. 4.3.1 erwähnt, streben 112 Personen (71.8%) einen Facharztstitel in Fächern der Inneren Medizin an und 44 Personen (28.2%) einen Facharztstitel in operativen Fächern. Nun soll untersucht werden, welche Faktoren einen Einfluss auf die Wahl dieses Laufbahnzieles ausüben. Angenommen wird, dass männliches Geschlecht und Instrumentalität das Anstreben

eines Facharztstitels in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) begünstigen und dass extraprofessionale Motivation einen negativen Einfluss hat. Mittels logistischer Regressionsanalysen wird zunächst bivariat und nach Geschlechtern getrennt überprüft, ob die Prädiktoren für sich alleine einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des angestrebten Facharztstitels leisten. Wie in Tabelle 18 dargestellt, erklärt bei den Frauen nur das Prädiktionsmodell mit der extraprofessionalen Motivation einen signifikanten Anteil der Varianz, das Modell mit der Instrumentalität nicht. Bei den Männern dagegen erklären beide Prädiktionsmodelle signifikante Varianzanteile. Instrumentalität erhöht die Wahrscheinlichkeit des Ziels eines Facharztstitels in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin), extraprofessionale Motivation verringert die Wahrscheinlichkeit. Das bivariate logistische Regressionsmodell zur Vorhersage des angestrebten Facharztstitels mittels Geschlecht ist ebenfalls signifikant ($\chi^2(1)=16.4$, $p\leq 0.001$) und die Varianzaufklärung beträgt Nagelkerke $R^2=0.14$, wobei männliches Geschlecht mit Odds Ratio=4.82 ($p\leq 0.001$) die Wahrscheinlichkeit des Ziels eines Facharztstitels in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) erhöht.

Tabelle 18: Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Wahl von operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin nach Geschlecht (N=156)

Prädiktoren	Frauen (n=71)		Männer (n=85)	
	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Instrumentalität	0.05 (0.1.89, 1)	2.09	0.20 (13.34, 1) ***	5.07 ***
Extraprofession. Motivation	0.22 (8.82, 1) **	0.38 **	0.31 (22.24, 1) ***	0.24 ***

Anmerkungen: * $p\leq 0.05$, ** $p\leq 0.01$, *** $p\leq 0.001$

Als Nächstes wird die Hypothese multivariat mittels einer hierarchischen logistischen Regressionsanalyse überprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 19 dargestellt. Werden im ersten Schritt alle Prädiktoren gleichzeitig zur Erklärung des angestrebten Facharztstitels herangezogen, zeigt sich, dass Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation unabhängig voneinander einen signifikanten Einfluss auf den angestrebten Facharztstitel in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin haben. Das Prädiktionsmodell erklärt 44% der Varianz. Die Hypothese zur Vorhersage des Laufbahnzieles wird insgesamt bestätigt. Männliches Geschlecht und Instrumentalität erhöhen die Wahrscheinlichkeit für das Anstreben eines Facharztstitels in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin),

extraprofessionale Motivation verringert diese. Weiterführend wird explorativ untersucht, ob das Geschlecht zusätzlich zum direkten Einfluss einen Moderatoreffekt auf die Zusammenhänge zwischen Prädiktorvariablen und angestrebtem Facharztstitel ausübt. Dazu werden im zweiten Schritt der hierarchischen logistischen Regressionsanalyse die Interaktionsterme von Instrumentalität und extraprofessionaler Motivation mit Geschlecht eingefügt. Es zeigt sich, dass die Interaktionsterme im zweiten Schritt den Erklärungswert des Regressionsmodells nicht signifikant erhöhen (vgl. Tabelle 19). Ein Moderatoreffekt des Geschlechts ist also nicht zu finden. Dies bedeutet, dass sich die Art des Einflusses der Prädiktoren Instrumentalität und extraprofessionale Motivation bei Ärztinnen und Ärzten in der Vorhersage des angestrebten Facharztstitels nicht signifikant unterscheidet.

Tabelle 19: Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Wahl von operativen Fächer vs. Fächern der Inneren Medizin (N=156)

Prädiktorvariablen	Δ Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Schritt 1	0.44 (57.45, 4) ***	
Geschlecht (m=1, w=0)		3.98 **
Instrumentalität		2.02 **
Extraprofessionale Motivation		0.29 ***
Schritt 2	0.01 (1.82, 2)	
Geschl. x Instrumentalität		1.77
Geschl. x extraprofess. Motivation		0.62
Nagelkerke R^2	0.45 (59.26, 6) ***	

Anmerkungen: Kontinuierliche Prädiktorvariablen sind z-standardisiert; Kontrollvariable Kohorte;
 * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$,

5.2.2.2 Einfluss auf die Stabilität des angestrebten Facharztstitels

Nach der Vorhersage des Laufbahnziels operative Fächer oder Fächer der Inneren Medizin interessiert nun die Stabilität des Laufbahnziels. Bei 130 Personen (83.3%) war das Laufbahnziel von T3 zu T4 stabil, bei 26 Personen (16.7%) war es instabil. Gibt es Faktoren, welche die Stabilität vorhersagen können? Die Annahme lautet, dass Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, intrinsische Karrieremotivation und Mentoring einen positiven, Effort-Reward-Imbalance dagegen einen negativen Einfluss auf die Stabilität ausüben. In Tabelle 20 sind die Ergebnisse der bivariaten Hypothesenprüfung nach Geschlecht mittels

logistischer Regressionsanalysen dargestellt. Es zeigt sich, dass die Regressionsmodelle mit Kohärenzsinn, beruflicher Selbstwirksamkeit, intrinsischer Karrieremotivation und Effort-Reward-Imbalance weder bei Ärztinnen noch bei Ärzten einen signifikanten Anteil an Varianz der Stabilität erklären. Das Modell mit dem Prädiktor Mentoring wird bei den Frauen signifikant, bei den Männern jedoch nicht. Mentoring erhöht die Wahrscheinlichkeit eines stabilen Laufbahnziels und erklärt 25% der Varianz der Stabilität bei den Frauen. Das bivariate logistische Regressionsmodell zur explorativen Vorhersage der Stabilität mittels Geschlecht ist ebenfalls signifikant ($\chi^2(1)=4.99$, $p \leq 0.05$) und die Varianzaufklärung beträgt Nagelkerke $R^2=0.05$, wobei männliches Geschlecht mit Odds Ratio=2.66 ($p \leq 0.05$) die Wahrscheinlichkeit der Stabilität des Laufbahnziels (vs. Instabilität) erhöht.

Tabelle 20: Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Stabilität des angestrebten Facharztstitels nach Geschlecht (N=156)

Prädiktoren	Frauen (n=71)		Männer (n=85)	
	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Kohärenzsinn	0.00 (0.02, 1)	1.04	0.05 (2.04, 1)	0.51
Berufliche Selbstwirksamkeit	0.00 (0.02, 1)	0.94	0.01 (0.21, 1)	1.30
Intrins. Karrieremotivation	0.01 (0.26, 1)	1.32	0.03 (1.37, 1)	2.06
Mentoring	0.25 (12.70, 1) ***	4.33 **	0.00 (0.03, 1)	1.08
Effort-Reward-Imbalance	0.01 (0.33, 1)	2.02	0.01 (0.56, 1)	1.65

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Als Nächstes wird die Hypothese multivariat mittels einer hierarchischen logistischen Regressionsanalyse überprüft. Beim gleichzeitigen Einbezug aller Prädiktoren im ersten Schritt ist das Vorhersagemodell mit einer Varianzaufklärung von 17% signifikant (vgl. Tabelle 21). Wie aufgrund der bivariaten Auswertungen zu vermuten war, ist der einzige unabhängige signifikante Prädiktor für die Stabilität das Mentoring. Obwohl das Geschlecht bivariat ein signifikanter Prädiktor war, verschwindet in der multivariaten Analyse sein Einfluss. Insgesamt kann die Hypothese zur Stabilität des angestrebten Facharztstitels nur bezüglich Mentoring bestätigt werden. Einzig die Laufbahnunterstützung zeigt einen signifikanten positiven Einfluss auf die Stabilität des Laufbahnziels. Die Varianzaufklärung des Modells ist dabei eher gering. Dies ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass nur ein kleiner Anteil von jungen Ärztinnen und Ärzten (16.7%) eine instabile Facharztwahl zeigte und dadurch bei der Zielvariablen eine gewisse Plafonierung stattfand.

Tabelle 21: Hierarchische logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Stabilität (vs. Instabilität) des angestrebten Facharztstitels (N=156)

Prädiktorvariablen	Δ Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Schritt 1	0.17 (16.15, 7) *	
Kohärenzsinn		0.70
Berufliche Selbstwirksamkeit		1.00
Intrinsische Karrieremotivation		1.15
Mentoring		2.11 **
Effort-Reward-Imbalance		1.14
Geschlecht (m=1, w=0)		2.22
Schritt 2	0.08 (8.33, 5)	
Geschl. x Kohärenzsinn		0.55
Geschl. x berufl. Selbstwirksamkeit		0.96
Geschl. x intrins. Karrieremotivation		2.16
Geschl. x Mentoring		0.27
Geschl. x Effort-Reward-Imbalance		0.52
Nagelkerke R^2	0.25 (24.48, 12)*	

Anmerkungen: Kontinuierliche Prädiktorvariablen sind z-standardisiert; Kontrollvariable Kohorte;

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$,

Explorativ wird nun analysiert, ob das Geschlecht einen Moderatoreffekt auf die Zusammenhänge zwischen Prädiktorvariablen und Stabilität des Laufbahnziels ausübt. Im zweiten Schritt der hierarchischen logistischen Regressionsanalyse werden dazu die Interaktionsterme der Prädiktorvariablen mit dem Geschlecht eingefügt. Dabei zeigt sich, dass die neu eingefügten Variablen die Vorhersagekraft des Modells nicht signifikant verbessern. Die Varianzerklärung erhöht sich zwar um 8%, jedoch nicht signifikant. Es ist also insgesamt kein signifikanter Moderatoreffekt zu finden. Da die bivariaten Regressionsmodelle darauf hindeuten, dass Mentoring bei den Frauen, nicht aber bei den Männern ein Prädiktor ist für die Stabilität der angestrebten Facharztspezialisierung, und die Varianzerklärung sich mit den einbezogenen Moderatoreffekten deutlich, wenn auch nicht signifikant erhöht, werden für beide Geschlechter noch separate multivariate logistische Regressionsanalysen gerechnet, um die jeweilige Relevanz der Prädiktoren genauer zu überprüfen. Das multivariate Regressionsmodell ist bei den Ärztinnen signifikant ($\chi^2(6)=14.68$, $p \leq 0.05$) und die Varianzaufklärung beträgt Nagelkerke $R^2=0.28$. Mentoring ist ein signifikanter, unabhängiger Prädiktor mit Odds Ratio=3.9 ($p \leq 0.01$) und erhöht die Wahrscheinlichkeit der Stabilität des Laufbahnziels. Bei den Männern ist das Regressionsmodell nicht signifikant. Während

Mentoring bei den Frauen eine Rolle für die Stabilität des angestrebten Facharztstitels spielt, vermögen die einbezogenen Prädiktoren bei den Männern keinen Beitrag zur Erklärung zu leisten. Bei den Männern zeigten auch nur 10.6% eine instabile Facharztwahl, bei den Frauen dagegen 23.9%.

5.2.3 Einfluss von Geschlecht, personenbezogenen Faktoren und berufsbezogenen Faktoren auf den Laufbahnerfolg

Nach der Analyse zur Prädiktion der Laufbahnziele liegt der Fokus in diesem Kapitel auf dem Laufbahnerfolg. Es wird untersucht, welche Faktoren den objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg vorhersagen. Der objektive Laufbahnerfolg wurde anhand von externen objektiven Kriterien erhoben, der subjektive Laufbahnerfolg beruht auf einer Selbsteinschätzung des Laufbahnerfolgs durch die Teilnehmenden im Vergleich mit Studienkolleginnen und -kollegen. Die Hypothese lautet, dass männliches Geschlecht, Instrumentalität, Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, extrinsische Karrieremotivation und Mentoring den Laufbahnerfolg positiv beeinflussen, und dass Elternschaft bei Frauen den Laufbahnerfolg negativ beeinflusst. Als Erstes werden die postulierten Zusammenhänge mittels Korrelationen bivariat und nach Geschlechtern getrennt überprüft. In Tabelle 22 sind die Ergebnisse dargestellt. Mit dem *objektiven Erfolg* korrelieren sowohl bei Ärztinnen als auch bei Ärzten erwartungsgemäss Instrumentalität und Mentoring. Dann zeigen sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Bei den Ärztinnen finden sich zusätzlich signifikante Korrelationen zwischen Kohärenzsinn und objektivem Erfolg sowie zwischen extrinsischer Karrieremotivation und objektivem Erfolg. Bei den Ärzten findet sich weiter eine signifikante Korrelation zwischen beruflicher Selbstwirksamkeit und objektivem Erfolg. Mit dem *subjektiven Erfolg* korrelieren bei Frauen und Männern wiederum Instrumentalität und Mentoring signifikant. Weiter zeigt sich bei den Frauen eine signifikante Korrelation mit dem Kohärenzsinn und bei den Männern mit der beruflichen Selbstwirksamkeit. Sowohl beim objektiven als auch beim subjektiven Laufbahnerfolg zeigen sich bei den Frauen die erwarteten negativen Zusammenhänge zwischen Kindern und Erfolg, die Korrelationen sind jedoch nicht signifikant. Geschlecht korreliert signifikant mit $r_{bp}=0.25$ ($p\leq 0.001$) mit dem objektiven und mit $r_{bp}=0.16$ ($p\leq 0.05$) mit dem subjektiven Laufbahnerfolg.

Tabelle 22: Korrelationen zwischen Prädiktorvariablen und objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg

	Objektiver Laufbahnerfolg		Subjektiver Laufbahnerfolg	
	Frauen (n=71)	Männer (n=85)	Frauen (n=71)	Männer (n=85)
Instrumentalität	0.25*	0.24*	0.33**	0.33**
Kohärenzsinn	0.25*	-0.01	0.31**	0.06
Berufliche Selbstwirksamkeit	0.14	0.26*	0.19	0.40***
Extrinsische Karrieremotivation	0.38***	0.18	0.12	0.02
Mentoring	0.36**	0.22*	0.42***	0.59***
Kinder (ja=1, nein=0)	-0.12	0.08	-0.19	0.04

Anmerkungen: Zweiseitiger Test; * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Als Nächstes werden die postulierten Zusammenhänge multivariat mittels einer hierarchischen, multiplen Regressionsanalyse überprüft. Im ersten Schritt werden alle direkten Prädiktoren eingefügt, und zur Überprüfung des Moderatoreffekts des Geschlechts im zweiten Schritt die Interaktionsterme. Die Ergebnisse der Analyse können Tabelle 23 entnommen werden. Beim *objektiven Laufbahnerfolg* erklären alle Prädiktoren im ersten Schritt gemeinsam 21% der Varianz. Unabhängige signifikante Prädiktorvariablen sind die extrinsische Karrieremotivation sowie das Mentoring. Prädiktiv für einen hohen objektiven Laufbahnerfolg sind also eine hohe extrinsische Karriereorientierung und eine hohes Mass an Laufbahnunterstützung. Mehrere der signifikanten Zusammenhänge bei den bivariaten Analysen verschwinden in der multivariaten Analyse, wie beispielsweise der Einfluss der Instrumentalität. In der multivariaten Analyse findet sich im Gegensatz zur bivariaten Analyse auch kein Einfluss des Geschlechts mehr. Beim *subjektiven Laufbahnerfolg* erklären alle im ersten Schritt eingefügten Prädiktoren 35% der Varianz. Das Vorhersagemodell ist also beim subjektiven Erfolg besser als beim objektiven Erfolg. Für den subjektiven Laufbahnerfolg sind Instrumentalität und Mentoring unabhängige signifikante Prädiktoren. Prädiktiv für einen hohen subjektiven Laufbahnerfolg sind also eine hohe Instrumentalität und eine hohe Laufbahnunterstützung. Auch beim subjektiven Erfolg verschwinden in der multivariaten Analyse einige der in den bivariaten Analysen signifikanten Zusammenhänge, und es findet sich kein Einfluss des Geschlechts. Beim Vergleich der Vorhersagemodelle des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolgs zeigt sich, dass Mentoring als berufsbezogener externer Faktor in beiden Modellen das höchste Beta-Gewicht hat. Ein Unterschied zwischen den

Modellen zeigt sich hingegen hinsichtlich des zweiten signifikanten Prädiktors. Beim objektiven Laufbahnerfolg ist es der personenbezogene Faktor extrinsische Karrieremotivation, beim subjektiven Laufbahnerfolg der personenbezogene Faktor Instrumentalität.

Tabelle 23: Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolges (N=156)

Prädiktoren	Objektiver Erfolg		Subjektiver Erfolg	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Schritt 1	.21*** ¹⁾		.35*** ³⁾	
Geschlecht (m=1, w=0)		.13		.08
Instrumentalität		.12		.23*
Kohärenzsinn		-.07		-.12
Berufl. Selbstwirksamkeit		.06		.11
Extr. Karrieremotivation		.19*		-.06
Mentoring		.25**		.48***
Kinder		-.01		-.07
Kohorte (A=1, B=0; Kontrollvariable)		.14		.08
Schritt 2	.02		.03	
Geschl. x Instrumentalität		.08		.01
Geschl. x Kohärenzsinn		-.18		-.24
Geschl. x Berufl. Selbstwirksamkeit		.15		.15
Geschl. x Extr. Karrieremotivation		-.05		-.09
Geschl. x Mentoring		-.01		.16
Geschl. x Kinder		.04		.05
Kumulatives R^2	.23*** ²⁾		.38*** ⁴⁾	

Anmerkungen: Kontinuierliche Prädiktorvariablen sind z-standardisiert, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

¹⁾F(14, 147)=4.87, ²⁾F(14, 141)=2.98, ³⁾F(8, 147)=9.68, ⁴⁾F(14, 141)=6.12

Im zweiten Schritt der hierarchischen multiplen Regressionsanalyse werden zur Überprüfung des Moderatoreffekts des Geschlechts die Interaktionsterme zwischen Prädiktoren und Geschlecht eingefügt. Sowohl beim objektiven als auch beim subjektiven Laufbahnerfolg wird dadurch die Vorhersagekraft der Modelle nicht signifikant erhöht. Obwohl sich in der bivariaten Analyse zwischen Ärztinnen und Ärzten einige tendenzielle Unterschiede

hinsichtlich der Zusammenhänge mit dem Laufbahnerfolg zeigten, manifestieren sich diese in der multivariaten Analyse nicht mehr. So wird auch der postulierte Interaktionseffekt beim Einfluss der Elternschaft auf den Laufbahnerfolg nicht bestätigt. Bei der Vorhersage des Laufbahnerfolgs kann also davon ausgegangen werden, dass sich die Art des Einflusses der einbezogenen Prädiktoren bei Ärztinnen und Ärzten nicht unterscheidet.

Die in der Hypothese postulierten Zusammenhänge zur Vorhersage des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolgs konnten teilweise bestätigt werden. In der bivariaten Analyse fand sich die Mehrheit der Beziehungen bestätigt, doch in der multivariaten Analyse reduzierte sich die Zahl der Prädiktoren auf je zwei pro Modell. Zu erwähnen ist hier die Rolle des Geschlechts. Während sich in der bivariaten Analyse ein signifikanter Effekt des Geschlechts zeigte, war dieser in der multivariaten Analyse nicht mehr vorhanden. Daraus kann geschlossen werden, dass geschlechtsabhängig unterschiedliche Ausprägungen in den anderen Prädiktorvariablen den direkten Effekts des Geschlechts ersetzen.

5.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prädiktion von Work-Life-Balance, Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg

Folgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Prädiktion der angestrebten Work-Life-Balance, der Laufbahnziele und des Laufbahnerfolgs im Längsschnitt kurz zusammengefasst. Die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance Karriereorientierung, Teilzeit- und Dreiphasenorientierung können durch Geschlecht, personenbezogene Faktoren und berufsbezogene Faktoren mit einem Varianzanteil von 39%, 48% und 35% vorhergesagt werden. Signifikante unabhängige Prädiktoren sind bei der Karriereorientierung Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation, bei der Teilzeitorientierung Geschlecht, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance und bei der Dreiphasenorientierung Geschlecht, extrinsische Karrieremotivation, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance. Der angestrebte Facharztstitel und die Stabilität dieses Laufbahnziels können durch Geschlecht, personenbezogene Faktoren und berufsbezogene Faktoren mit einem Varianzanteil von 44% beziehungsweise 17% vorhergesagt werden. Beim angestrebten Facharztstitel sind Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation signifikante unabhängige Prädiktoren. Bei der Stabilität dieses Laufbahnziels ist einzig Mentoring ein signifikanter Prädiktor. Beim objektiven und

subjektiven Laufbahnerfolg liegt die erklärte Varianz durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren sowie Faktoren der privaten Lebenssituation bei 21% beziehungsweise 35%. Extrinsische Karrieremotivation und Mentoring sind beim objektiven Laufbahnerfolg unabhängige signifikante Prädiktoren, Instrumentalität und Mentoring beim subjektiven Laufbahnerfolg. Ein Moderatoreffekt des Geschlechts konnte bei den untersuchten Zusammenhängen nicht festgestellt werden.

5.3 Angestrebte Work-Life-Balance in Beziehung zu Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg

Nachdem im letzten Kapitel im Längsschnitt untersucht wurde, welche Variablen Laufbahnziele und Laufbahnerfolg vorhersagen können, wird in diesem Kapitel die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang zwischen der angestrebten Work-Life-Balance und der Laufbahnentwicklung gerichtet. Im Querschnitt wird analysiert, welche Beziehungen es zwischen Zielen zur zukünftigen Gewichtung von Berufs- und Privatleben und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg gibt.

5.3.1 Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen

5.3.1.1 Beziehung zum angestrebten Facharztstitel

Als Erstes wird untersucht, wie verschiedene Formen der angestrebten Work-Life-Balance mit dem angestrebten Facharztstitel zusammenhängen. Die Hypothese lautet, dass Karriereorientierung in einer positiven und Teilzeitorientierung sowie Dreiphasenorientierung in einer negativen Beziehung mit dem angestrebten Facharztstitel in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin stehen. Mittels logistischer Regressionsanalysen wird zunächst bivariat und nach Geschlechtern getrennt überprüft, ob jede Form der angestrebten Work-Life-Balance für sich alleine in einem Zusammenhang mit dem angestrebten Facharztstitel steht. Die Ergebnisse sind Tabelle 24 zu entnehmen. Bei den Ärztinnen erklären die Modelle mit der Karriereorientierung, der Teilzeit- und der Dreiphasenorientierung einen signifikanten Anteil der Varianz des angestrebten Facharztstitels. Die Karriereorientierung geht hypothesenkonform mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines angestrebten Facharztstitels in operativen Fächern einher, die Teilzeitorientierung mit einer verringerten. Obwohl das Modell einen signifikanten Varianzanteil erklärt, ist die Dreiphasenorientierung kein

signifikanter Prädiktor. Bei den Ärzten erklären ebenfalls alle drei Modelle einen signifikanten Varianzanteil. Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung sind signifikante Prädiktoren, Teilzeitorientierung jedoch nicht.

Tabelle 24: Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und angestrebtem Facharztstitel in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin nach Geschlecht (N=156)

Prädiktoren	Frauen (n=71)		Männer (n=85)	
	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Karriereor. (1=ja, 0=nein)	0.29 (12.02, 1) ***	14.58 **	0.10 (6.35, 1) *	3.41 *
Teilzeitor. (1=ja, 0=nein)	0.26 (10.40, 1) ***	0.09 **	0.06 (3.94, 1) *	0.41
Dreiphasenor. (1=ja, 0=nein)	0.31 (12.93, 1) ***	0.00	0.10 (6.58, 1) **	0.17 *

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Zur multivariaten Hypothesentestung und weiterführenden explorativen Analyse des Moderatoreffekts des Geschlechts wird eine hierarchische logistische Regressionsanalyse gerechnet. Im ersten Schritt werden die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance gemeinsam eingefügt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 25 dargestellt. Die drei Arten der Work-Life-Balance erklären gemeinsam mit dem Geschlecht 41% der Varianz des angestrebten Facharztstitels. Signifikante unabhängige Prädiktoren sind hypothesenkonform Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung. Entgegen den Erwartungen ist die Teilzeitorientierung kein signifikanter Prädiktor für den angestrebten Facharztstitel. Die Wahrscheinlichkeit eines angestrebten Facharztstitels in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin ist erhöht bei einer vorhandenen Karriereorientierung und verringert bei einer vorhandenen Dreiphasenorientierung. Das Geschlecht, in der bivariaten Analyse ein signifikanter Prädiktor (vgl. Kapitel 5.2.2.1), erreicht multivariat als Prädiktor für den angestrebten Facharztstitel zusammen mit den drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance keine Signifikanz mehr. Der Geschlechtereinfluss wird also vollständig durch die anderen Prädiktoren mediiert. Im zweiten Schritt der hierarchischen logistischen Regressionsanalyse werden zur explorativen Untersuchung des Moderatoreffekts des Geschlechts die Interaktionsterme zwischen Prädiktoren und Geschlecht eingefügt. Dabei zeigt sich, dass diese keinen signifikanten zusätzlichen Anteil der Varianz des angestrebten Facharztstitels erklären. Es findet sich also kein Moderatoreffekt des Geschlechts.

Tabelle 25: Hierarchische logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen angestrebter Work-Life-Balance und angestrebter Facharztspezialisierung in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin (N=156)

Prädiktorvariablen	Δ Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Schritt 1	0.41 (51.97, 5) ***	
Karriereorientierung (ja=1, nein=0)		4.92 ***
Teilzeitorientierung (ja=1, nein=0)		0.73
Dreiphasenorientierung (ja=1, nein=0)		0.10 **
Geschlecht (m=1, w=0)		2.26
Schritt 2	0.03 (5.39, 3)	
Geschl. x Karriereorientierung		0.28
Geschl. x Teilzeitorientierung		0.74
Geschl. x Dreiphasenorientierung		2.49
Nagelkerke R^2	0.44 (57.36, 8) ***	

Anmerkungen: Kontrollvariable Kohorte; * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Nun stellt sich die Frage, ob die Work-Life-Balance zusätzlich zu den Prädiktoren im Längsschnitt, Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation (vgl. Kap. 5.2.2), einen Beitrag zur Erklärung des angestrebten Facharztstitels leistet. Dazu wird eine hierarchische Regressionsanalyse mit den längsschnittlichen Prädiktoren im ersten und der Work-Life-Balance im zweiten Schritt gerechnet. Es zeigt sich, dass die im zweiten Schritt eingefügten drei Arten der Work-Life-Balance das Erklärungsmodell signifikant verbessern ($\chi^2(3)=10.32$, $p \leq 0.05$). Die Varianzerklärung des Gesamtmodells erhöht sich von ursprünglich Nagelkerke $R^2=0.44$ ($\chi^2(4)=57.45$, $p \leq 0.001$) auf Nagelkerke $R^2=0.51$ ($\chi^2(7)=67.77$, $p \leq 0.001$). Alle Prädiktoren gemeinsam erklären 51% der Varianz beim angestrebten Facharztstitel in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin.

5.3.1.2 Beziehung zur Stabilität der Facharztwahl

Als Nächstes wird untersucht, wie die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance mit der Stabilität der Wahl der angestrebten Facharztspezialisierung zusammenhängen. Die Hypothese lautet, dass Karriereorientierung positiv und Teilzeitorientierung sowie Dreiphasenorientierung negativ mit der Stabilität (vs. Instabilität) beim angestrebten Facharztstitel korrelieren. Bei der bivariaten Überprüfung der postulierten Hypothesen mittels logistischer Regressionsanalysen zeigt sich, dass weder bei den Ärztinnen noch den Ärzten

eines der Regressionsmodelle signifikant wird (vgl. Tabelle 26). Die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance leisten einzeln keinen Beitrag zur Vorhersage der Stabilität des Laufbahnziels.

Tabelle 26: Bivariate logistische Regressionsanalysen zur Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Stabilität (vs. Instabilität) des angestrebten Facharztstitels nach Geschlecht (N=156)

Prädiktoren	Frauen (n=71)		Männer (n=85)	
	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio	Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Karriereor. (1=ja, 0=nein)	0.02 (1.01, 1)	1.97	0.01 (0.36, 1)	1.54
Teilzeitor. (1=ja, 0=nein)	0.00 (0.17, 1)	0.75	0.00 (0.03, 1)	1.13
Dreiphasenor. (1=ja, 0=nein)	0.01 (0.23, 1)	0.77	0.00 (0.14, 1)	0.72

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Trotzdem wird zur multivariaten Hypothesentestung und weiterführenden explorativen Analyse des Moderatoreffekts des Geschlechts eine hierarchische logistische Regressionsanalyse gerechnet. Im ersten Schritt werden die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance und im zweiten Schritt die Interaktionsterme von Geschlecht und Work-Life-Balance eingeschlossen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 27 dargestellt. Wie aufgrund der Ergebnisse der bivariaten Analyse zu erwarten war, wird das Modell mit den im ersten Schritt eingefügten Prädiktoren nicht signifikant. Auch die im zweiten Schritt der hierarchischen logistischen Regressionsanalyse eingefügten Interaktionsterme zwischen Geschlecht und Work-Life-Balance verbessern das Modell nicht signifikant. Keiner der postulierten Zusammenhänge bestätigt sich. Die angestrebte Work-Life-Balance trägt nichts zur Erklärung der Stabilität des Laufbahnziels bei.

Tabelle 27: Hierarchische logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Work-Life-Balance und Stabilität (vs. Instabilität) der angestrebten Facharztspezialisierung (N=156)

	Prädiktorvariablen	Δ Nagelkerke R^2 (χ^2 , df)	Odds Ratio
Schritt 1		0.08 (7.22, 5)	
	Karriereorientierung (ja=1, nein=0)		1.83
	Teilzeitorientierung (ja=1, nein=0)		1.36
	Dreiphasenorientierung (ja=1, nein=0)		0.75
	Geschlecht (m=1, w=0)		2.22
Schritt 2		0.00 (0.16, 3)	
	Geschl. x Karriereorientierung		0.91
	Geschl. x Teilzeitorientierung		1.39
	Geschl. x Dreiphasenorientierung		0.74
Nagelkerke R^2		0.08 (7.37, 8)	

Anmerkungen: Kontrollvariable Kohorte; * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

5.3.2 Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnerfolg

Wie sieht die Beziehung zwischen Work-Life-Balance und Laufbahnerfolg aus? Die Hypothese lautet, dass Karriereorientierung positiv und Teilzeit- sowie Dreiphasenorientierung negativ mit objektivem und subjektivem Erfolg korrelieren. Zunächst werden die postulierten Zusammenhänge mittels Korrelationen bivariat und nach Geschlechtern getrennt überprüft. In Tabelle 28 sind die Ergebnisse dargestellt. Bei den Ärztinnen und Ärzten korreliert die Karriereorientierung erwartungsgemäss signifikant mit dem objektiven und dem subjektiven Laufbahnerfolg. Bei den Ärzten zeigen sich auch die erwarteten Zusammenhänge zwischen Teilzeit- und Dreiphasenorientierung und objektivem Laufbahnerfolg und zwischen Teilzeitorientierung und subjektivem Erfolg. Bei den Ärztinnen finden sich die weiteren erwarteten Beziehungen nicht. Überraschenderweise zeigt sich bei den Ärztinnen zudem eine tendenziell positive Beziehung zwischen Teilzeitorientierung und subjektivem Laufbahnerfolg, im Gegensatz zur erwarteten negativen Beziehung, welche bei den Ärzten deutlich wird.

Tabelle 28: Punkt-biseriale Korrelationen zwischen Work-Life-Balance und objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg

	Objektiver Laufbahnerfolg		Subjektiver Laufbahnerfolg	
	Frauen (n=71)	Männer (n=85)	Frauen (n=71)	Männer (n=85)
Karriereorientierung	0.28*	0.34**	0.25*	0.31**
Teilzeitorientierung	-0.01	-0.21*	0.11	-0.25*
Dreiphasenorientierung	-0.21	-0.23*	0.01	-0.08

Anmerkungen: Zweiseitiger Test; * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Als Nächstes werden die postulierten Zusammenhänge multivariat mittels einer hierarchischen multiplen Regressionsanalyse überprüft. Im ersten Schritt werden die drei Arten der Work-Life-Balance eingefügt, und im zweiten Schritt zur explorativen Überprüfung des Moderatoreffekts des Geschlechts die Interaktionsterme. Die Ergebnisse der Analyse können Tabelle 29 entnommen werden. Im ersten Schritt erklären die drei Arten der Work-Life-Balance gemeinsam 21% der Varianz des objektiven Laufbahnerfolgs. Unabhängige Prädiktoren sind Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung. Beim subjektiven Laufbahnerfolg erklären die im ersten Schritt eingefügten Prädiktoren 10% der Varianz, also deutlich weniger als beim objektiven Laufbahnerfolg. Einziger unabhängiger signifikanter Prädiktor ist hier die Karriereorientierung. Insgesamt werden die postulierten Zusammenhänge zwischen angestrebter Work-Life-Balance und objektivem sowie subjektivem Erfolg teilweise bestätigt. Karriereorientierung ist der wichtigste Prädiktor und steht in positiver Beziehung zum Laufbahnerfolg. Die erklärte Varianz des Regressionsmodells ist jedoch insbesondere beim subjektiven Laufbahnerfolg gering. Im zweiten Schritt der hierarchischen multiplen Regressionsanalyse werden zur explorativen Untersuchung des Moderatoreffekts des Geschlechts die Interaktionsterme zwischen Geschlecht und Prädiktorvariablen eingefügt. Sowohl beim objektiven als auch beim subjektiven Erfolg erhöht sich der Erklärungswert des Modells nicht signifikant. Dies bedeutet, dass der bei den bivariaten Analysen festgestellte tendenzielle gegensätzliche Zusammenhang bei Frauen und Männern zwischen Teilzeitorientierung und subjektivem Laufbahnerfolg in der multivariaten Analyse den Erklärungswert des Modells nicht signifikant zu erhöhen vermag.

Tabelle 29: Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Beziehung zwischen Work-Life-Balance und objektivem sowie subjektivem Erfolg (N=156)

Prädiktoren	Objektiver Erfolg		Subjektiver Erfolg	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Schritt 1	.21 *** ¹⁾		.10 ** ³⁾	
Karriereorientierung (ja=1, nein=0)		.33***		.30***
Teilzeitorientierung (ja=1, nein=0)		.01		.01
Dreiphasenorientierung (ja=1, nein=0)		-.22**		-.02
Geschlecht (m=1, w=0)		.05		.04
Kohorte (A=1, B=0; Kontrollvariable)		.14		.01
Schritt 2	.02		.04	
Geschl. x Karriereorientierung		.11		-.11
Geschl. x Teilzeitorientierung		-.18		-.41
Geschl. x Dreiphasenorientierung		-.09		-.01
Kumulatives R ²	.23 *** ²⁾		.14 ** ⁴⁾	

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

¹⁾F(5, 150)=7.90, ²⁾F(8, 147)=5.56, ³⁾F(5, 150)=3.48, ⁴⁾F(8, 147)=3.02

Weiterführend wird mit hierarchischen multiplen Regressionsanalysen untersucht, ob die Work-Life-Balance zusätzlich zu den Prädiktoren im Längsschnitt (vgl. Kap 5.2.3) einen Beitrag zur Erklärung des Laufbahnerfolgs leistet. Beim objektiven Laufbahnerfolg zeigt sich, dass die im zweiten Schritt eingefügten drei Arten der Work-Life-Balance das Erklärungsmodell signifikant verbessern ($\Delta F(3,144)=4.26$, $p \leq 0.01$). Die Varianzerklärung des Gesamtmodells erhöht sich von $R^2=0.21$ ($F(8,147)=4.87$, $p \leq 0.001$) auf $R^2=0.27$ ($F(11,144)=4.94$, $p \leq 0.001$). So erklären alle Prädiktoren gemeinsam einen Anteil von 27% der Varianz des objektiven Erfolgs. Beim subjektiven Laufbahnerfolg erhöht sich der Erklärungswert des Modells durch die im zweiten Schritt eingefügten Variablen der Work-Life-Balance nicht signifikant.

5.3.3 Zusammenfassung zur Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg

Die wichtigsten Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance und den Laufbahnzielen sowie dem Laufbahnerfolg werden folgend kurz zusammengefasst. Der angestrebte Facharztstitel konnte durch die angestrebte Work-Life-Balance mit einem Varianzanteil von 41% vorhergesagt werden. Signifikante Prädiktoren sind Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung. Bei der Stabilität des Laufbahnziels konnte durch die angestrebte Work-Life-Balance kein signifikanter Varianzanteil erklärt werden. Beim objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg liegt die erklärte Varianz durch die angestrebte Work-Life-Balance bei 21% beziehungsweise 10%. Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung sind beim objektiven Laufbahnerfolg unabhängige signifikante Prädiktoren. Einziger signifikanter Prädiktor beim subjektiven Laufbahnerfolg ist die Karriereorientierung. Ein Moderatoreffekt des Geschlechts konnte bei den untersuchten Zusammenhängen nicht festgestellt werden.

5.4 Exkurs: Mentoring

Bei den Analysen zur Vorhersage der Stabilität des Laufbahnzieles und des Laufbahnerfolgs hat sich das Mentoring als wichtiger Prädiktor herauskristallisiert. Mentoring wurde in dieser Untersuchung gemäss dem Netzwerkansatz (Blickle et al., 2003) konzipiert als insgesamt wahrgenommene Laufbahnunterstützung von Personen im Arbeitsumfeld. Diese Laufbahnunterstützung kann von einer bestimmten Person, einem Mentor, kommen, aber es können auch verschiedene Personen unterschiedliche Arten von Laufbahnunterstützung leisten. Operationalisiert wurde die Laufbahnunterstützung in den bisherigen Analysen mittels der zusammengeführten Werte der Mentoring-Skala von Abele (1998) erhoben zu T3 und den Mentoring-Skalen von Blickle et al. (2003) erhoben zu T4. Im Folgenden wird explorativ erstens der Frage nachgegangen, wie viele der jungen Ärztinnen und Ärzte eine bestimmte Person als Mentor haben, ob es Geschlechtsunterschiede bei der Häufigkeit des Vorhandenseins eines Mentors gibt und wie sich diese Mentoren charakterisieren lassen. Zweitens wird untersucht, inwieweit die wahrgenommene Laufbahnunterstützung mit dem Vorhandensein eines Mentors zusammenhängt. Und schliesslich wird analysiert, ob Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich verschiedener Aspekte des Mentorings unterschiedlich gefördert

werden und welche dieser Aspekte bei Ärztinnen und Ärzten wichtig für die Vorhersage der Stabilität des Laufbahnziels und des Laufbahnerfolgs sind.

Die Teilnehmenden wurden sowohl zum dritten als auch zum vierten Erhebungszeitpunkt danach gefragt, ob Sie einen Mentor haben. Zu T3 gaben 62 Personen (39.7%) an, einen Mentor zu haben, und zu T4 67 Personen (42.9%). Wird die Verteilung über beide Messzeitpunkte hinweg betrachtet, zeigt sich, dass 23.1% der Studienteilnehmenden zu beiden Zeitpunkten einen Mentor hatten. Weitere 36.6% der Teilnehmenden hatten zu einem der Messzeitpunkte und 40.3% zu keinem der beiden Zeitpunkte einen Mentor. Wie in Kapitel 5.1.1 dargestellt, zeigte sich zwischen Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf das Ausmass der wahrgenommenen Laufbahnunterstützung kein signifikanter Unterschied. Wie sieht dies nun hinsichtlich des Vorhandenseins eines Mentors aus? Zu T3 wird kein signifikanter Geschlechterunterschied sichtbar ($\chi^2(1)=0.01$, ns). 39.4% der Ärztinnen und 40.0% der Ärzte gaben an, einen Mentor zu haben. Ein anderes Bild zeigt sich zu T4. Zu diesem Messzeitpunkt berichteten 33.8% der Ärztinnen und 50.6% der Ärzte von einem Mentor, und dieser Unterschied ist signifikant ($\chi^2(1)=4.45$, $p \leq 0.05$). Es werden also mehr Ärzte als Ärztinnen durch einen Mentor in ihrer Laufbahn unterstützt. Wie können die zu T4 als Mentoren angegebenen Personen und die Art der Mentoring-Beziehung genauer charakterisiert werden? Von den 67 Mentoren waren 83.6% Männer und 16.4% Frauen. Die Männer waren also in der Mehrheit, was sicher auch dadurch bedingt ist, dass höhere hierarchische Positionen im Spital mehrheitlich durch Männer besetzt sind. Die Mentoren hatten ein durchschnittliches Alter von 46.07 Jahren (SD=7.50, Range 33–68 Jahre). Die Mehrheit der Mentoren, nämlich 89.6%, arbeitete im Spital, 6.0% in einer Praxis und die restlichen in der Forschung oder in anderen Bereichen. Rund die Hälfte der Mentoren, nämlich 52.2%, hatte die Position eines Oberarztes oder leitenden Arztes, 19.4% hatten die Position eines Chefarztes und 17.9% die Position eines Universitätsprofessors. Die restlichen Mentoren waren in einer eigenen Praxis oder in anderen Positionen tätig. Nur 13.6% der Mentoring-Beziehungen kamen aufgrund eines Mentoring-Programms zu Stande, die anderen bildeten sich spontan. Wird hier ein χ^2 -Test zur Überprüfung von Geschlechterunterschieden gerechnet, zeigt sich ein signifikanter Unterschied in dem Sinne, dass mehr Frauen als Männer durch ein Mentoring-Programm Kontakt zu einem Mentor hergestellt haben ($\chi^2(1)=4.14$, $p \leq 0.05$). Gerade weil Ärztinnen zu T4 insgesamt weniger häufig über eine

Mentoring-Beziehung berichten, scheint die Möglichkeit, eine solche durch ein formales Mentoring-Programm zu schaffen, für sie umso wichtiger.

Tabelle 30: Mentoring in Abhängigkeit vom Vorhandensein eines Mentors zu T3 und T4 (N=156)

	Mentoring M (SD)	Welch (df2, df2)
Kein Mentor zu T3 und T4 (n=63)	1.54 (0.63)	20.05 (2, 83.75) ***
Mentor zu T3 oder T4 (n=57)	1.87 (0.66)	
Mentor zu T3 und T4 (n=36)	2.54 (0.82)	

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Um zu untersuchen, ob das Vorhandensein eines Mentors mit dem Ausmass der wahrgenommenen Laufbahnunterstützung in einer Beziehung steht, werden drei Gruppen gebildet und eine univariate, einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet. Der ersten Gruppe werden Ärztinnen und Ärzte zugeteilt, die weder zu T3 noch zu T4 angaben, einen Mentor zu haben, der zweiten Gruppe diejenigen, die nur zu einem Messzeitpunkt angaben, einen Mentor zu haben, und der dritten Gruppe diejenigen, die zu beiden Zeitpunkten angaben, einen Mentor zu haben. Wie in Tabelle 30 dargestellt, gibt es hinsichtlich Laufbahnunterstützung einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Bei den Post-Hoc-Tests nach Bonferroni zeigt sich, dass sich alle Gruppen signifikant voneinander unterscheiden (nie ein Mentor vs. Mentor zu T3 oder T4: $p \leq 0.05$; Mentor zu T3 oder zu T4 vs. Mentor zu T3 und T4: $p \leq 0.001$). Wie zu erwarten war, berichten Ärztinnen und Ärzte ohne Mentor vom geringsten Ausmass an Laufbahnunterstützung, gefolgt von denjenigen mit einem Mentor zu einem der beiden Erhebungszeitpunkte. Am meisten Laufbahnunterstützung erhalten die Teilnehmenden mit einem Mentor zu beiden Erhebungszeitpunkten. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass das Vorhandensein eines bestimmten Mentors ein wichtiger Aspekt für die Laufbahnunterstützung insgesamt ist. Inwieweit bringt das Unterstützungsnetzwerk einen Nutzen für die Laufbahnentwicklung, der über die Präsenz eines Mentors hinausgeht? Bei der hierarchischen Regressionsanalyse mit den Prädiktoren Mentor zu T3 und Mentor zu T4 im ersten Schritt und Mentoring im zweiten Schritt zeigt sich, dass Mentoring sowohl beim objektiven Laufbahnerfolg als auch beim subjektiven Laufbahnerfolg einen zusätzlichen Anteil an Varianz erklärt (objektiver Erfolg: 1. Schritt: $\Delta R^2 = .10$, $p \leq 0.001$, 2. Schritt: $\Delta R^2 = .13$, $p \leq 0.05$, subjektiver Erfolg: 1. Schritt: $\Delta R^2 = .17$,

$p \leq 0.001$, 2. Schritt: $\Delta R^2 = .13$, $p \leq 0.001$). Die insgesamt erhaltene Laufbahnunterstützung erklärt also unabhängig vom Vorhandensein eines Mentors einen zusätzlichen Anteil bei der Varianz des Laufbahnerfolgs.

Werden Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich verschiedener Aspekte des Mentorings unterschiedlich gefördert? Und welche dieser Aspekte sind bei ihnen wichtig für die Vorhersage der Stabilität des Laufbahnziels und des Laufbahnerfolgs? Um diese Fragen beantworten zu können, werden die zu T4 erhobenen Mentoring-Unterskalen, die für die bisherigen Auswertungen zusammen mit der Mentoring-Skala zu T3 zu einer gemeinsamen Skala zusammengefügt wurden (vgl. Kap. 4.3.2), getrennt betrachtet. Es handelt sich dabei um die fünf Skalen „Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme“, „Hilfe bei der Karriereplanung“, „Coaching“, „emotionale Unterstützung“ und „Rollenmodell“. In Tabelle 31 sind die Mittelwerte der Skalen nach Geschlecht dargestellt. Bei einem Mittelwertsvergleich mittels t-Test zeigt sich, dass Ärztinnen signifikant weniger Laufbahnunterstützung hinsichtlich des Aspekts Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme erhalten als Ärzte. Bei den anderen Aspekten gibt es keine signifikanten Geschlechterunterschiede.

Tabelle 31: Mittelwerte der fünf Mentoring-Unterskalen zu T4 nach Geschlecht

Mentoring-Skalen	Frauen (n=71) M (SD)	Männer (n=85) M (SD)	t (df)
Sichtbarkeit verschaffen / Einflussnahme	1.54 (1.08)	1.90 (1.08)	2.09 (156) *
Hilfe bei der Karriereplanung	1.84 (0.89)	2.15 (1.09)	1.74 (156)
Coaching	2.36 (1.04)	2.33 (0.89)	-0.19 (156)
Emotionale Unterstützung	1.82 (1.08)	1.65 (0.95)	-1.07 (156)
Rollenmodell	2.31 (1.08)	2.33 (0.96)	0.15 (156)

Anmerkungen: zweiseitiger Test; * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Mittels Korrelationen wird nun untersucht, wie die einzelnen Mentoring-Skalen mit der Stabilität des Laufbahnziels und dem objektiven sowie subjektiven Laufbahnerfolg zusammenhängen. Wie aus Tabelle 32 zu entnehmen ist, finden sich hinsichtlich der Stabilität des Laufbahnziels bei den Ärztinnen für alle fünf Skalen der Laufbahnunterstützung signifikante Korrelationen. Bei den Ärzten dagegen zeigt sich keine signifikante Korrelation. Die Laufbahnunterstützung hinsichtlich aller durch die Skalen erfassten Aspekte scheint für

die Frauen also wichtig zu sein für die Stabilität beim Laufbahnziel, bei den Männern spielt sie kaum eine Rolle. Bezüglich des objektiven Laufbahnerfolgs zeigen sich bei den Ärztinnen signifikante Korrelationen mit den Aspekten Sicherheit verschaffen und Einflussnahme, emotionale Unterstützung und Rollenmodell. Bei den Ärzten zeigen sich signifikante Korrelationen mit den Aspekten Sicherheit verschaffen und Einflussnahme sowie Hilfe bei der Karriereplanung. Emotionale Unterstützung und Rollenmodelle scheinen bei den Männern weniger wichtig zu sein als bei den Ärztinnen. Die höchsten Korrelationen sind beim subjektiven Laufbahnerfolg zu finden. Dabei zeigen sich bei den Ärzten signifikante Korrelationen mit allen Mentoring-Aspekten, bei den Ärztinnen bei allen Aspekten ausser dem Coaching. Die wichtigsten Mentoring-Aspekte bei Ärztinnen und Ärzten scheinen für den objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg insgesamt die beiden Bereiche Sichtbarkeit verschaffen sowie Einflussnahme und Hilfe bei der Karriereplanung.

Tabelle 32: Korrelationen zwischen den Mentoring-Skalen und der Stabilität des Laufbahnziels sowie dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg nach Geschlecht

	Stabilität Laufbahnziel		Objektiver Erfolg		Subjektiver Erfolg	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Sichtbarkeit/Einflussnahme	.37***	-.11	.35**	.22*	.44***	.54***
Hilfe bei Karriereplanung	.27*	.11	.23	.22*	.40***	.60***
Coaching	.34**	.06	.22	.08	.09	.39***
Emotionale Unterstützung	.33**	.10	.26*	.12	.29*	.36***
Rollenmodell	.32**	.04	.24*	.07	.30*	.25*

Anmerkungen: zweiseitiger Test; Frauen n=71, Männer n=85*; $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass rund 40% der Teilnehmenden einen Mentor oder eine Mentorin haben. Dabei zeigt sich zu T4 ein signifikanter Geschlechtsunterschied. Ärzte verfügen häufiger als Ärztinnen über eine solche Beziehung. Ärztinnen nutzen zudem zu T4 häufiger Mentoring-Programme zur Herstellung einer Mentoring-Beziehung als Ärzte. Für das Ausmass der Laufbahnunterstützung spielt die Beziehung zu einem bestimmten Mentor eine wichtige Rolle. Teilnehmende mit einem Mentor zu einem oder zu beiden Erhebungszeitpunkten berichten von signifikant mehr Laufbahnunterstützung. Was unterschiedliche Aspekte des Mentorings anbelangt, werden Frauen weniger als Männer hinsichtlich des Aspekts Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme unterstützt. Für die Stabilität des Laufbahnziels spielen bei Frauen alle

Aspekte der Laufbahnunterstützung eine Rolle. Für den objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg scheinen für Ärztinnen und für Ärzte insbesondere die Aspekte Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme sowie Hilfe bei der Karriereplanung wichtig zu sein.

5.5 Zusammenhänge zwischen Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg

Nach der Analyse der Prädiktion von Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg im Längs- und im Querschnitt durch verschiedene Variablengruppen wird nun noch die Aufmerksamkeit auf die Beziehung zwischen den Zielvariablen selbst gerichtet. Inwiefern gibt es Zusammenhänge zwischen beiden Aspekten der Laufbahnziele und des Laufbahnerfolgs? In Tabelle 33 sind die Korrelationen zwischen Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg dargestellt. Der angestrebte Facharztstitel in operativen Fächern vs. Fächern der Inneren Medizin korreliert signifikant mit dem objektiven und dem subjektiven Laufbahnerfolg. Ärztinnen und Ärzte, die eine Spezialisierung in operativen Fächern anstreben, sind also erfolgreicher in ihrer Laufbahn als solche, die eine Spezialisierung in Fächern der Inneren Medizin anstreben, und zwar sowohl gemessen an objektiven Erfolgsindikatoren als auch gemäss ihrer eigenen subjektiven Einschätzung. Weiter zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen der Stabilität des Laufbahnziels und dem Laufbahnerfolg. Ein stabiles Laufbahnziel hängt positiv mit dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg zusammen. Dieser Zusammenhang ist nahe liegend, da sich bei einem Wechsel des angestrebten Facharzttitels oder unklaren Zielen die Weiterbildungszeit verlängert.

Tabelle 33: Punkt-biseriale Korrelationen zwischen Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg (N=156)

	Objektiver Laufbahnerfolg	Subjektiver Laufbahnerfolg
Operative Fächer (vs. Innere Medizin)	0.33***	0.19*
Stabilität (vs. Instabilität)	0.28***	0.31***

Anmerkungen: Zweiseitiger Test; * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Nun stellt sich noch die Frage, inwieweit sich die Masse für den objektiven und den subjektiven Laufbahnerfolg überlappen. Objektiver und subjektiver Laufbahnerfolg korrelieren mit $r=.46$ ($p \leq 0.001$, zweiseitiger Test) mittelhoch miteinander. Dies bestätigt die

Konzeption des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolgs als verwandte Konstrukte, die jedoch unterschiedliche Aspekte des Erfolgs messen (vgl. Kap. 2.2).

5.6 Zwei Fallbeispiele zur Illustration

Nun werden zur Illustration der Laufbahnentwicklung in der Medizin zwei Fallbeispiele ausführlicher erläutert. Dabei handelt es sich um eine Ärztin, die einen Facharzttitel in operativen Fächern anstrebt, und einen Arzt, der einen Facharzttitel in Innerer Medizin anstrebt. Im Folgenden werden sie als Ärztin A und Arzt B bezeichnet. Beide stammen aus der Kohorte A und haben im Jahre 2001 ihr Staatsexamen absolviert. Zuerst werden sie anhand der Fragebogendaten im Vergleich zur Gesamtstichprobe beschrieben. Danach werden die quantitativen Angaben durch Interviewaussagen ergänzt.

5.6.1 Ärztin A und Arzt B im Vergleich mit der Gesamtstichprobe

Wie können Ärztin A und Arzt B hinsichtlich personenbezogener Faktoren, berufsbezogener Faktoren und privater Lebenssituation im Vergleich zu den Frauen und Männern der Gesamtstichprobe charakterisiert werden? Und wie sehen ihre angestrebte Work-Life-Balance, ihre Laufbahnziele und ihr Laufbahnerfolg aus? Tabelle 34 vermittelt einen Überblick über die zentralen Variablen.

Bei den *Personenfaktoren* zeigt Ärztin A im Vergleich zu allen Frauen der Stichprobe einen durchschnittlichen Wert bei der Instrumentalität, einen vergleichsweise niedrigen Wert beim Kohärenzsinn und einen durchschnittlichen bei der beruflichen Selbstwirksamkeit. Bei den drei Aspekten der Motivation hat Ärztin A vergleichsweise hohe Werte. Sie hat eine hohe extrinsische und intrinsische Karrieremotivation sowie eine hohe extraprofessionale Motivation. Sie möchte Karriere machen und gleichzeitig sind ihr neben dem Beruf andere Lebensbereiche wichtig. Werden die drei Aspekte der Motivation untereinander in eine Rangfolge gebracht, zeigt sich bei Ärztin A dieselbe Rangfolge wie bei allen Frauen der Untersuchungsstichprobe: Der Wert bei der intrinsischen Karrieremotivation ist am höchsten, gefolgt von der extraprofessionalen Motivation und der extrinsischen Karrieremotivation. Arzt B zeigt bei den Personenfaktoren im Vergleich zu allen Männern der Stichprobe durchschnittliche Werte. Bei den drei Arten der Motivation zeigt sich bei ihm die für die

Männer in der Untersuchungsstichprobe typische Rangfolge: Er hat den höchsten Wert bei der intrinsischen Karrieremotivation, gefolgt von der extrinsischen Karrieremotivation und der extraprofessionalen Motivation.

Tabelle 34: Zentrale Variablen bei Ärztin A und Arzt B im Vergleich mit der Untersuchungsstichprobe

	Ärztin A	Frauen (n=71)	Arzt B	Männer (n=85)
<i>Personenbezogene Faktoren</i>		<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>
- Instrumentalität	4.38	4.12(0.71)	4.50	4.37 (0.60)
- Kohärenzsinn	4.15	5.07 (0.89)	5.54	5.14 (0.82)
- Berufliche Selbstwirksamkeit	3.67	3.60 (0.71)	4.00	3.86 (0.60)
- Extrinsische Karrieremotivation	4.75	3.91 (0.96)	4.38	4.44 (0.69)
- Intrinsische Karrieremotivation	6.50	6.00 (0.52)	6.00	6.18 (0.54)
- Extraprofessionale Motivation	5.50	4.31 (1.16)	3.50	3.75 (0.92)
<i>Berufsbezogene Faktoren</i>		<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>
- Mentoring	1.85	1.80 (0.80)	2.40	1.97 (0.76)
- Effort-Reward-Imbalance	0.86	0.74 (0.22)	0.56	0.82 (0.35)
<i>Private Lebenssituation</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>
- Kinder	nein	10 (14.1%)	nein	21 (24.7%)
<i>Angestrebte Work-Life-Balance</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>
- Karriereorientierung	ja	19 (26.8)	ja	55 (64.7)
- Teilzeitorientierung	ja	56 (78.9)	nein	40 (47.1)
- Dreiphasenorientierung	nein	34 (47.9)	nein	15 (17.6)
<i>Laufbahnziele</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>
- Operative Fächer	ja	9 (12.7)	nein	35 (41.2)
- Stabilität	ja	54 (76.1)	ja	76 (89.4)
<i>Laufbahnerfolg</i>		<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>
- Objektiver Laufbahnerfolg	12	5.21 (2.16)	10	6.75 (3.45)
- Subjektiver Laufbahnerfolg	4	4.07 (1.25)	6	4.48 (1.25)

Wie sieht die berufliche Situation der beiden aus? Ärztin A und Arzt B arbeiten zum vierten Erhebungszeitpunkt Anfang 2007 Vollzeit in einem Spital. Ärztin A berichtet von einer realen wöchentlichen Arbeitszeit von 50 Stunden, Arzt B von 75 Stunden. Bei den *berufsbezogenen Faktoren* zeigt Ärztin A im Vergleich mit allen Frauen einen durchschnittlichen Wert beim Mentoring und einen leicht überdurchschnittlichen Wert bei der Effort-Reward-Imbalance.

Arzt B hat beim Mentoring einen leicht höheren Wert als die Männer im Durchschnitt und bei der Effort-Reward-Imbalance einen tieferen Wert.

Wie ist die *private Lebenssituation* von Ärztin A und Arzt B? Beide sind zum vierten Erhebungszeitpunkt unverheiratet. Ärztin A lebt in einer festen Partnerschaft und ihr Partner ist auch Mediziner. Arzt B lebt nicht in einer Partnerschaft. Beide haben noch keine Kinder, wünschen sich aber solche. Ärztin A möchte sofort eine Familie gründen, Arzt B in etwa 4 Jahren.

Bei der *angestrebten Work-Life-Balance* zeigt sich, dass sich beide in der nahen Zukunft auf ihre Karriere ausrichten wollen. Von den Ärzten haben 65% dieses Ziel, von den Ärztinnen nur 27%. Bei Ärztin A findet sich neben der Karriereorientierung auch eine Teilzeitorientierung. Sie kann sich also auch vorstellen, in naher Zukunft Teilzeit zu arbeiten, um mehr Zeit für andere Lebensbereiche wie beispielsweise die Familie zu haben. Somit scheint bei Ärztin A hinsichtlich der angestrebten Work-Life-Balance mit den beiden Zielen Karriere und Teilzeittätigkeit ein gewisser Widerspruch zu bestehen.

Wie oben erwähnt, haben beide unterschiedliche *Laufbahnziele*. Ärztin A strebt eine Facharztspezialisierung in operativen Fächern an. Von den Ärztinnen haben nur insgesamt 12.7% dieses Laufbahnziel. Arzt B strebt eine Spezialisierung in Fächern der Inneren Medizin an. Bei beiden ist das Laufbahnziel von T3 zu T4 stabil.

Hinsichtlich des *Laufbahnerfolgs* gehören Ärztin A und Arzt B mit zwölf beziehungsweise zehn Punkten beim objektiven Laufbahnerfolg zu den sehr erfolgreichen Ärztinnen und Ärzten. Welche Laufbahnschritte haben sie bis jetzt hinter sich gebracht? Beide haben ihre Dissertation abgeschlossen. Ärztin A hat 52 anrechenbare Monate für den Erwerb ihres angestrebten Facharztstitels in operativen Fächern absolviert, Arzt B 62 Monate für den Erwerb seines Facharztstitels in Fächern der Inneren Medizin. Beide haben den ersten Teil der Facharztprüfung bereits hinter sich. Ärztin A hat einen sechsmonatigen Arbeitsaufenthalt im Ausland gemacht, Arzt B war bis jetzt noch nicht im Ausland tätig. Ärztin A hat 3 Fachvorträge an Konferenzen, Kongressen oder Tagungen gehalten, Arzt B noch keine. Beide haben schon eigene Publikationen in Erst- oder Mitautorschaft veröffentlicht, bei Ärztin A handelt es sich um vier und bei Arzt B um sechs Publikationen. Beide haben in einem

grösseren Forschungsprojekt mitgearbeitet, aber Forschung nicht als Haupttätigkeit ausgeübt. Arzt B hat dabei selbst Drittmittel für seine Forschungstätigkeit akquiriert. Ärztin A hat zudem regelmässige Lehrverpflichtungen im Unterricht von Studierenden. Bei der subjektiven Einschätzung ihres Laufbahnerfolgs unterscheiden sich Ärztin A und Arzt B. Obwohl beide nach objektiven Kriterien zu den sehr erfolgreichen Ärztinnen und Ärzten gehören, schätzt sich Ärztin A im Vergleich mit Studienkolleginnen und -kollegen als gleich erfolgreich ein. Arzt B schätzt sich als erfolgreicher ein im Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen. Seine subjektive Einschätzung widerspiegelt den objektiven Erfolg, ihre Einschätzung nicht.

5.6.2 Interviewaussagen von Ärztin A und Arzt B

Die Interviews mit Ärztin A und Arzt B wurden Anfang Dezember 2007 durchgeführt, also rund zehn Monate nach der Fragebogenerhebung Anfang 2007. Die Arbeits- und Lebenssituation von Ärztin A hat sich zwischen dem Zeitpunkt der vierten Fragebogenerhebung und dem Interview grundlegend verändert. War sie zum vierten Erhebungszeitpunkt Vollzeit klinisch berufstätig, ist sie unterdessen Mutter geworden und befindet sich im Mutterschaftsurlaub. Bei Arzt B hat sich die Arbeitssituation nicht grundlegend verändert, er ist nach wie vor Vollzeit im klinischen Bereich berufstätig. Seine Lebenssituation hat sich insofern geändert, dass er unterdessen in einer Partnerschaft lebt.

Arbeits- und Lebenssituation

Ärztin A beschreibt, dass sie die 50-Stunden-Woche im Rahmen ihrer Vollzeitanstellung mehr oder weniger einhalten konnte. Dabei spielte der Vorgesetzte jeweils eine wichtige Rolle. Je nach Abteilung konnte sie die Überzeit durch freie Tage kompensieren oder sie wurde einfach angehäuft. Sie ist der Meinung, dass selbst in operativen Fächern grundsätzlich keine Notwendigkeit besteht, mehr als 50 Stunden in der Woche zu arbeiten. Obwohl sie die 50-Stunden-Woche mehrheitlich einhalten konnte, fand sie es auch ohne Kind kompliziert, das Privatleben zu organisieren. Sie hatte ihrer Meinung nach sehr wenig Zeit für Hobbys, und wenn, dann nur am Wochenende.

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Ärztin A im Mutterschaftsurlaub. Sie erklärt, dass sie ursprünglich geplant hatte, nach fünf Monaten Mutterschaftsurlaub ihre klinische Tätigkeit im

Rahmen einer 50%-Anstellung wieder aufzunehmen. Nun hat sie aber Schwierigkeiten, eine solche zu finden. Sie sagt:

Ich würde gerne Teilzeit arbeiten und merke, dass solche Stellen nicht vorhanden sind. Wenn es mit einer Teilzeitstelle nicht klappt, gehe ich nicht 100% arbeiten. Das Kind gewinnt sozusagen.

Eine weitere Schwierigkeit neben dem Finden einer Teilzeitstelle ist die Kinderbetreuung. Der Partner von Ärztin A ist auch Mediziner und arbeitet Vollzeit. Bei der Betreuung in einer Krippe sind die eingeschränkten Öffnungszeiten ein Problem. Wenn sie länger als geplant arbeiten muss, kann sie ihr Kind nicht rechtzeitig von der Krippe abholen. Hinzu kommt, dass die Kinderbetreuung in einer Krippe relativ teuer ist. Nun hat sie sich darauf eingestellt, ein Jahr mit der klinischen Tätigkeit zu pausieren. Einen Tag pro Woche arbeitet sie in einem Forschungsprojekt mit, für welches sie selbst Gelder beschafft hat.

Arzt B beschreibt, dass er sehr viel arbeitet. Dafür wird er sozusagen als Gegenleistung von seinem Chef gefördert. Er vertritt den Standpunkt, dass die Arbeitszeit gar nicht so wichtig ist, wenn jemandem dafür etwas beigebracht wird. Oft ist er abends erst gegen zehn Uhr mit der Arbeit fertig. Seine Partnerin ist auch Ärztin und er beschreibt, dass sie sich unter der Woche sehr wenig sehen. Für gemeinsame Aktivitäten nutzen sie die dienstfreien Wochenenden seiner Partnerin. Wenn sie am Wochenende Dienst hat, geht er auch arbeiten. Seine Freunde sieht er nur selten und die regelmässige Pflege eines Hobbys ist für ihn nicht möglich.

Laufbahnentwicklung

Ärztin A findet, dass ihre Laufbahn in Bezug auf ihre Facharztweiterbildung nicht ideal abgelaufen ist. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass die Laufbahnentwicklung nicht nur davon abhängt, ob jemand gut und ehrgeizig ist, sondern auch davon, dass man zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort ist. Die Abhängigkeit von Vorgesetzten sei gross, insbesondere was die Zuteilung von Operationen anbelangt. Sie meint, dass viele Studienkolleginnen und Studienkollegen einen einfacheren Weg gehen konnten. Laufbahnunterstützung erhielt Ärztin A vor allem zu Beginn ihrer Facharztweiterbildung. Sie war damals in einem mittelgrossen Spital tätig und wurde in Bezug auf Forschungstätigkeit und Publikationen gefördert. Nach dem Wechsel an ein Universitätsspital wurde es für sie schwieriger, Forschung zu betreiben, und sie musste um Unterstützung kämpfen. Sie nahm während eines Jahres an einem formalen Mentoring-Programm teil und fand insbesondere die im Rahmen des Programms angebotenen Workshops zum Thema Karriereplanung hilfreich.

Arzt B erklärt, dass er seine Laufbahn zu Beginn nicht sehr zielstrebig verfolgt hat und dass er dies rückblickend anders machen würde. Zum Zeitpunkt des Interviews hat er aber seinen ersten Facharztstitel bereits erworben und ist auf dem Weg zum zweiten. Arzt B beschreibt, dass er von seinem aktuellen Vorgesetzten viel Unterstützung erhält und dass dieser eine Art Mentor für ihn ist. Dafür erwartet der Vorgesetzte von ihm auch ein sehr hohes Engagement. Diese Mentoring-Beziehung möchte er auch nach seinem geplanten Stellenwechsel an ein Universitätsspital weiterhin aufrechterhalten.

Wie sehen Ärztin A und Arzt B ihre zukünftige Laufbahnentwicklung? Für Ärztin A hat das Kind im Moment erste Priorität. Zweite Priorität hat für sie der Abschluss des Facharztstitels. Den Zeitaufwand dafür schätzt sie auf rund zwei Jahre ein, je nachdem, wie schnell sie alle nötigen Operationen durchführen kann. Dritte Priorität hat dann die Habilitation. Sie plant, die Zeit ohne klinische Anstellung für das Absolvieren der für die Habilitation notwendigen Didaktikkurse zu nutzen. Gefragt nach den Erwartungen und Wünschen in Bezug auf die Rahmenbedingungen für ihre weitere Karriere sagt Ärztin A:

Das Wichtigste ist, dass die Vorgesetzten einsehen, dass eine Karriere auch eine Wellenform haben kann. Man ist ein paar Jahre sehr aktiv, dann ein paar Jahre nicht so aktiv, aber dann geht es wieder voran. Traurig macht mich bei der Mutterschaft, dass sie wie eine Senke ist und mir niemand glaubt, dass ich nachher wieder weiterarbeiten mag. Da brauche ich den Glauben an mich selbst und das Zugeständnis, ein paar Jahre lang einfach einmal 50% einen Fuss im Beruf zu behalten. Und wenn mein Kind vier bis fünf Jahre alt ist, kann ich wieder voll einsteigen. Wenn ich einen Chef hätte, der sagen würde: „Ich weiss, dass du dies schaffst, und wir warten, bis du wieder kommst“, das wäre super.

Ganz allgemein meint sie in Bezug auf die klinische und akademische Karriere von Frauen in der Medizin:

Das Wichtigste ist das Selbstvertrauen. Man hört die ganze Zeit, dass man dies als Frau nicht kann. Nur schon Ärztin zu sein und eine Familie zu haben ist das Maximum. Dann noch zu habilitieren, wird als Frechheit betrachtet. Es kommt den Vorgesetzten nicht in den Sinn, dass eine Frau habilitieren könnte. Bei einem jungen und ehrgeizigen Mann taucht diese Idee viel schneller auf.

Angesprochen werden hier innere und äussere geschlechtsspezifische Barrieren bei der Laufbahnentwicklung: Das allenfalls geringere berufliche Selbstvertrauen von Ärztinnen, möglicherweise mit verursacht durch Entmutigungen von aussen, und andererseits die mangelnde Förderung durch Vorgesetzte aufgrund von geschlechtsabhängigen stereotypen Erwartungen.

Arzt B stellt sich darauf ein, dass an seiner neuen Stelle in einem Universitätsspital das Klima sehr kompetitiv und seine weitere Karriere darum eventuell schwieriger sein wird. Er schätzt, dass er den zweiten Facharzttitel in rund zwei Jahren erlangen kann. Danach möchte er einen Forschungsaufenthalt im Ausland machen und nach der Rückkehr die Habilitation abschliessen. In Bezug auf seine weitere Laufbahnentwicklung sagt er Folgendes:

Ohne die Unterstützung des Vorgesetzten ist eine erfolgreiche Laufbahn nicht möglich. Ich werde also versuchen, von meinem zukünftigen Chef auch Unterstützung zu erhalten. Und dann braucht es auch viel Glück. Zum Beispiel, dass man nach der Rückkehr aus dem Ausland weiterkommt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Ärztin A und Arzt B zum vierten Erhebungszeitpunkt eine nach objektiven Kriterien sehr erfolgreiche Laufbahnentwicklung hinter sich haben. Dabei sehen sich beide bei der Vereinbarung von Berufs- und Privatleben mit Schwierigkeiten konfrontiert. Arzt B macht zu Gunsten seiner Karriere durch die vielen Arbeitsstunden deutliche Abstriche im Privatleben. Bei Ärztin A wird die Laufbahnentwicklung seit der Geburt ihres ersten Kindes gebremst. Sie nimmt einerseits wahr, dass Vorgesetzte nicht mehr damit rechnen, dass sie ihre Karriere weiterhin engagiert verfolgt, und sie dadurch weniger unterstützen. Andererseits wird ihr Wiedereinstieg in den Beruf durch den Mangel an geeigneten Teilzeitstellen verlangsamt und der Abschluss ihrer Facharztweiterbildung durch die angestrebte Teilzeittätigkeit verlängert. Die Interviewaussagen verdeutlichen weiter die wichtige Rolle der Laufbahnunterstützung insbesondere durch Vorgesetzte, aber auch der Eigeninitiative beim Beschaffen dieser Unterstützung.

6 Diskussion

Der Diskussionsteil ist analog zu den Fragestellungen gegliedert. Zu jeder Untersuchungsfrage werden die Ergebnisse zusammengefasst, zu den Hypothesen in Beziehung gesetzt und im Zusammenhang mit anderen empirischen Ergebnissen diskutiert (Kapitel 6.1, Kapitel 6.2 und Kapitel 6.3). Abschliessend folgt eine kritische Betrachtung des theoretischen und empirischen Beitrags der vorliegenden Untersuchung mit Implikationen für Forschung und Praxis (Kapitel 6.4).

6.1 Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten: die Rolle des Geschlechts bei der Laufbahnentwicklung

In der vorliegenden Untersuchung bestätigt sich die Relevanz des Geschlechts für die Laufbahnentwicklung. Tabelle 35 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zur ersten Hauptfragestellung. Die meisten der vermuteten Geschlechtsunterschiede bestätigen sich. Bezüglich *personenbezogener Faktoren* finden sich signifikante Unterschiede bei Instrumentalität, extrinsischer und intrinsischer Karrieremotivation sowie beruflicher Selbstwirksamkeit mit höheren Werten bei Männern. Bei der extraprofessionalen Motivation zeigen Frauen höhere Werte. Hinsichtlich *berufsbezogener Faktoren* gibt es einen signifikanten Unterschied bei der Effort-Reward-Imbalance, welche bei Männern höher ist. Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich ebenfalls hinsichtlich der *angestrebten Work-Life-Balance*. Mehr Männer sind karriereorientiert, während Frauen häufiger eine Teilzeittätigkeit anstreben oder eine vorübergehende Reduktion der Arbeitstätigkeit während der Familienphase planen. Bei den Ärztinnen ist die Zustimmung zur Teilzeitorientierung am höchsten, gefolgt von der Dreiphasen- und Karriereorientierung, während bei den Ärzten die Zustimmung zur Karriereorientierung am höchsten ausfällt, gefolgt von Teilzeit- und Dreiphasenorientierung. Weiter festzuhalten sind die Geschlechtsunterschiede bei Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg. Einen operativen *Facharzttitel* streben deutlich mehr Männer an als Frauen, einen Facharzttitel in Innerer Medizin etwas mehr Frauen als Männer. Das *Laufbahnziel* ist bei den Ärzten häufiger stabil als bei den Ärztinnen. Zudem sind bei den Ärzten signifikant höhere Werte beim objektiven und subjektiven *Laufbahnerfolg* zu beobachten als bei den Ärztinnen.

Tabelle 35: Zusammenfassung der Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zu Fragestellung 1: Befunde auf der Basis der Mittelwerts- bzw. Häufigkeitsvergleiche

Hypothesen	Befunde
1.1 Ärzte zeigen im Vergleich mit Ärztinnen höhere Werte bei Instrumentalität sowie extrinsischer Karrieremotivation, tiefere Werte bei extraprofessionaler Motivation und haben häufiger Kinder.	Teilweise bestätigt (Instrumentalität, extrinsische Karrieremotivation, extraprofessionale Motivation)
1.2 Ärzte zeigen im Vergleich mit Ärztinnen höhere Werte bei der Karriereorientierung und tiefere Werte bei der Teilzeitorientierung sowie der Dreiphasenorientierung.	Bestätigt
1.3 Ärzte streben im Vergleich mit Ärztinnen häufiger einen Facharzttitel in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) an und haben höhere Werte beim objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg.	Bestätigt

Unter Einbezug der Ergebnisse der Analysen zu Fragestellung 2 und 3 hinsichtlich des Geschlechtereffekts wird im Folgenden diskutiert, welchen Beitrag die vorliegende Untersuchung im Vergleich mit anderen Untersuchungen zur Erklärung der gefundenen Geschlechtsunterschiede leisten kann und inwieweit Prädiktorvariablen als Mediatoren des Geschlechtereffekts wirken. Vorweggenommen werden kann, dass sich in dieser Untersuchung in der Gesamtstichprobe kein Moderatoreffekt des Geschlechts zeigt. Bei der Diskussion wird die Aufmerksamkeit zuerst auf die Prädiktorvariablen gerichtet, dann auf die angestrebte Work-Life-Balance, die Laufbahnziele und schliesslich auf den Laufbahnerfolg.

6.1.1 Geschlecht und Prädiktorvariablen

Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich wie erwartet hinsichtlich der personenbezogenen Faktoren Instrumentalität, extrinsische Karrieremotivation sowie extraprofessionale Motivation, wobei die Unterschiede bei der extrinsischen Karrieremotivation sowie bei der extraprofessionalen Motivation am deutlichsten ausgeprägt sind. Diese Geschlechtsunterschiede stehen im Einklang mit Befunden aus anderen Untersuchungen (Abele, 2003a; Buddeberg-Fischer et al., 2003). Zusätzlich zeigen sich im Gegensatz zu anderen Untersuchungen (Abele & Nitzsche, 2002; Kümmerling & Dickenberger, 2002) Geschlechtsunterschiede bei der intrinsischen Motivation und der beruflichen Selbstwirksamkeit. Obwohl Abele und Nitzsche (2002) bei Ärztinnen und Ärzten keinen Unterschied hinsichtlich beruflicher Selbstwirksamkeit feststellen konnten, zeigte sich in ihrer Untersuchung ein Zeiteffekt, der sich darin äusserte, dass nach dem Berufseintritt die

berufliche Selbstwirksamkeit bei den Ärztinnen ab- und bei den Ärzten zunahm. Eine ähnliche Entwicklung könnte bei den Ärztinnen und Ärzten der vorliegenden Untersuchung stattgefunden haben und sich zum dritten Erhebungszeitpunkt in einem Geschlechterunterschied manifestieren. Bei den berufsbezogenen Faktoren zeigt sich unerwartet ein signifikanter Geschlechtsunterschied in der Effort-Reward-Imbalance, mit einem höheren Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung bei den Männern. Der Geschlechtsunterschied ist darauf zurückzuführen, dass Ärzte von einer leicht höheren Verausgabung und einer leicht geringeren Anerkennung berichten als Ärztinnen. Bei den geleisteten Arbeitsstunden findet sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied, jedoch eine Tendenz zu mehr Arbeitsstunden bei Ärzten. In anderen Untersuchungen konnte kein einheitliches Muster hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede bei Verausgabung und Anerkennung gefunden werden (Siegrist et al., 2004). Bei der Häufigkeit des Vorhandenseins von Kindern, dem untersuchten Aspekt der privaten Lebenssituation, zeigt sich wider Erwarten kein signifikanter Geschlechtsunterschied. Tendenziell zeichnet sich ein solcher Unterschied jedoch ab mit einem leicht geringeren Anteil von Ärztinnen mit Kindern. Zudem zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied beim Wunsch, später eine Familie zu gründen. Dieser ist bei den Ärzten häufiger als bei den Ärztinnen. Die tendenziell geringere Häufigkeit von Kindern bei Ärztinnen zusammen mit der signifikant geringeren Häufigkeit beim Kinderwunsch deutet darauf hin, dass Ärztinnen sich möglicherweise häufiger gegen Kinder entscheiden, weil sie beim Vereinbaren von Beruf und Familie grössere Schwierigkeiten antizipieren als Ärzte. Ergänzend bleibt zu erwähnen, dass sich auch die Ärztinnen mit einem Anteil von 80% verhältnismässig häufig Kinder wünschen. Vor zwei Jahrzehnten waren die Unterschiede in Bezug auf Heiratshäufigkeit und Häufigkeit von Kindern bei Ärztinnen und Ärzten noch deutlicher ausgeprägt (Uhlenberg & Cooney, 1990). Ärztinnen verschiedener Altersgruppen waren weniger häufig verheiratet und hatten weniger häufig Kinder als Ärzte. Nur teilweise übereinstimmend mit dem Ergebnis der vorliegenden Studie konnte eine Untersuchung bei Ärztinnen und Ärzten in Deutschland rund vier Jahre nach Berufseintritt weder bei der Häufigkeit von Kindern noch beim Kinderwunsch einen signifikanten Geschlechtsunterschied feststellen (Abele & Nitzsche, 2002).

Diejenigen Prädiktorvariablen, bei welchen sich in der vorliegenden Untersuchung Geschlechtsunterschiede finden, kommen als potentielle Mediatoren des Geschlechtereffekts

in Frage. Welche Variablen am ehesten als Mediatoren wirken, wird in den folgenden zwei Kapiteln deutlich.

6.1.2 Geschlecht und angestrebte Work-Life-Balance

Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich deutlich in ihren Zielen hinsichtlich der Gewichtung von Berufs- und Privatleben. Ärzte geben häufiger an, eine Karriere im engeren Sinne, auch mit Einbussen im Privatleben, anzustreben. Für Ärztinnen ist die Vereinbarkeit von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen mit einer Reduktion der Arbeitszeit häufiger erstrebenswert als für Ärzte. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Befunden anderer Untersuchungen. Bei deutschen Hochschulabsolventen verschiedener Fachrichtungen fanden sich beispielsweise signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich Karriereorientierung, Freizeitorientierung (Berufstätigkeit mit hoher Gewichtung der Freizeit) und Privatlebenorientierung (möglicher Ausstieg aus dem Erwerbsleben zu Gunsten von Familie), wobei Männer eine höhere Karriereorientierung und Frauen eine höhere Freizeitorientierung und Privatlebenorientierung zeigten (Abele, 2005). Welche Hinweise liefert die vorliegende Untersuchung zur Erklärung dieser Geschlechtsunterschiede? Bei der Vorhersage der drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance bleibt das Geschlecht unter gleichzeitigem Einbezug der Prädiktoren Instrumentalität, extrinsische Karrieremotivation, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance ein signifikanter Einflussfaktor. Der Geschlechtereffekt wird je nach Art der angestrebten Work-Life-Balance nicht oder nur zu einem geringen Teil durch die weiteren einbezogenen Prädiktoren erklärt. Daraus kann geschlossen werden, dass es neben den signifikanten Prädiktoren der angestrebten Work-Life-Balance weitere, in der Untersuchung nicht berücksichtigte geschlechtsspezifische Faktoren gibt, die für die angestrebte Work-Life-Balance relevant sind. Um welche Einflussfaktoren könnte es sich handeln? Möglicherweise spielen äussere Faktoren eine Rolle. Fehlende Rollenmodelle oder die Entmutigung durch Vorgesetzte könnten zur Folge haben, dass Frauen von einer Karriere im engeren Sinne absehen (Fassinger, 2002). Zudem ist es nahe liegend, dass Frauen aufgrund der Arbeitsplatzstrukturen mit hohen Ansprüchen an die zeitliche Verfügbarkeit und aufgrund des geringen Angebots an externen Kinderbetreuungsmöglichkeiten Schwierigkeiten beim Vereinbaren von Berufs- und Privatleben, und hier insbesondere der Familie, voraussehen. Deshalb stellen sich Frauen unter Umständen auf eine Reduktion ihrer Berufstätigkeit ein und stecken mit den Zielen für

ihre eigene Laufbahn zurück. Diese Annahme wird unterstützt durch Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung bei Medizinstudierenden im letzten Studienjahr im Rahmen des Karriereprojekts (Buddeberg-Fischer, Illés et al., 2002). Frauen relativierten ihre Karrierewünsche häufig im Voraus aus Rücksicht auf Partnerschaft und Familie, während Männer die Vereinbarkeit von Berufskarriere und Familie optimistischer einschätzten. Vermutlich haben auch durch die Sozialisation vermittelte und verinnerlichte Rollenmuster einen gewissen Einfluss (Fassinger, 2002), nach welchen für Männer ein Schwerpunkt auf der Berufstätigkeit selbstverständlich ist und die Hauptverantwortung für Haushalt und Kinderbetreuung nach wie vor der Frau zukommt. Frauen haben dabei eher fortschrittlichere Rolleneinstellungen als Männer, was auch aus den Ergebnissen dieser Untersuchung zu ersehen ist. Das bevorzugte Modell der Vereinbarung von Beruf und Familie bei Ärztinnen mit Kinderwunsch ist ein egalitäres mit einer Teilzeittätigkeit beider Partner. Die Ärzte dagegen bevorzugen das Modell der eigenen Vollzeittätigkeit kombiniert mit einer Teilzeittätigkeit der Partnerin. Ähnliche Geschlechtsunterschiede zeigten sich bei deutschen Hochschulabsolventinnen und -absolventen eineinhalb Jahre nach Studienabschluss, wenn auch die Einstellungen insgesamt konservativer sind (Abele, 2005). Gefragt nach dem Kinderbetreuungswunsch für ein Kleinkind unter drei Jahren bevorzugten Männer das Modell Mann Vollzeit, Frau zu Hause, Frauen bevorzugten das Modell Mann Vollzeit, Frau Teilzeit.

6.1.3 Geschlecht und Laufbahnziele sowie Laufbahnerfolg

Welche Rolle spielt das Geschlecht bei den Laufbahnzielen und beim Laufbahnerfolg? Zunächst wird die Aufmerksamkeit auf die Laufbahnziele gerichtet. Ein höherer Anteil von Männern als von Frauen strebt einen *Facharzttitel* in operativen Fächern an mit einem Verhältnis von 79.5% zu 20.5%. In den Fächern der Inneren Medizin sind die Anteile der Männer und Frauen etwa ausgeglichen mit einem Verhältnis von 44.6% zu 55.4%. Werden im Vergleich dazu die in den Jahren 2006 und 2007 in der Schweiz erworbenen Facharzttitel betrachtet, so lagen die Anteile der durch Männer erworbenen Titel in operativen Fächern bei 83% respektive 84% und in Fächern der Inneren Medizin bei 65% respektive 61% (FMH-Generalsekretariat, 2007, 2008c). Auf der Grundlage des angestrebten Laufbahnziels bei den Befragten dieser Untersuchung ist in den Fächern der Inneren Medizin für die Zukunft eine Tendenz zu einem höheren Frauenanteil zu erwarten, während in den operativen Fächern der Frauenanteil im Vergleich zu den bisherigen Anteilen gemäss FMH-Statistiken relativ

konstant scheint. Für die Männerdomäne operative Fächer ist in naher Zukunft keine Feminisierung im Sinne einer deutlichen Erhöhung des Frauenanteils zu erwarten, Fächer der Inneren Medizin scheinen dagegen für Frauen attraktiv zu sein. Der verhältnismässig geringe Anteil von Frauen mit angestrebter oder abgeschlossener Spezialisierung in chirurgischen Fächern ist nicht nur in der Schweiz, sondern auch in anderen westeuropäischen Ländern Realität (British Medical Association, 2007; Bund-Länder-Kommission, 2004; Gensch, 2007; Gjerberg, 2001; Lambert et al., 2006). Welchen Beitrag kann diese Arbeit zur Erklärung der unterschiedlichen Spezialisierungspräferenzen von Frauen und Männern leisten? In der längsschnittlichen Analyse bleibt das Geschlecht bei der angestrebten Facharztwahl unter gleichzeitigem Einbezug der Prädiktoren Instrumentalität und extraprofessionale Motivation ein signifikanter Einflussfaktor. Der Geschlechtereffekt wird nur zu einem geringen Teil durch die weiteren einbezogenen Prädiktoren erklärt (Odds Ratio=4.82 in der bivariaten Analyse, Odds Ratio=3.98 in der multivariaten Analyse). Teilweise als Mediatoren des Geschlechtereffekts könnten die signifikanten Prädiktoren Instrumentalität und extraprofessionale Motivation wirken, bei welchen Geschlechtsunterschiede bestehen. Daneben muss es jedoch weitere geschlechtsspezifische Faktoren geben, welche die Wahl der Facharztspezialisierung beeinflussen. In der multivariaten querschnittlichen Analyse zum Zusammenhang zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Facharztspezialisierung sind Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung signifikante Prädiktoren, während das Geschlecht als Prädiktor keine Signifikanz mehr erreicht. Da sich Ärztinnen und Ärzte sowohl hinsichtlich Karriereorientierung als auch Dreiphasenorientierung unterscheiden, ist davon auszugehen, dass diese beiden Prädiktoren als Mediatoren des Geschlechtereffekts wirken. Die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Ziele in Bezug auf die zukünftige Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen erklären die Geschlechtsunterschiede bei der angestrebten Facharztspezialisierung soweit, dass das Geschlecht selbst kein Prädiktor mehr ist. Da es sich um querschnittliche Zusammenhänge handelt, kann nicht auf die Wirkungsrichtung geschlossen werden. Die Facharztwahl könnte einen Einfluss auf die angestrebte Gewichtung von Berufs- und Privatleben ausüben. Wahrscheinlicher erscheint jedoch, dass die angestrebte Gewichtung von Berufs- und Privatleben, wenn seit längerem konstant, einen Einfluss auf die Facharztwahl ausübt, oder dass es sich um einen wechselseitigen Einfluss handelt. Die angestrebte Work-Life-Balance erklärt zusätzlich zu den längsschnittlichen Prädiktoren einen signifikanten Anteil der Varianz beim angestrebten Facharztwahl. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass für die Erklärung der

Geschlechtsunterschiede bei der Wahl der Facharztspezialisierung möglicherweise Instrumentalität und extraprofessionale Motivation, sicher jedoch die angestrebte Work-Life-Balance einen Beitrag leisten, indem sie als Mediatoren des Geschlechtereffekts wirken. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass für Frauen ausserberufliche Bereiche wichtiger sind als für Männer, und dass sie für die nahe Zukunft eine Karriere im engeren Sinne weniger stark und die Vereinbarkeit von Beruf und ausserberuflichen Bereichen stärker gewichten als Männer. Zudem deuten die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darauf hin, dass Ärztinnen weniger häufig operative Fächer wählen, weil ihnen eine Vereinbarkeit von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen in diesen Fächern schwieriger realisierbar scheint. Dagegen scheint die Vereinbarung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen in Fächern der Inneren Medizin einfacher möglich zu sein. Offen bleibt die Frage, warum Frauen im Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe so häufig vertreten sind, stellt dieses Fach doch ähnliche Anforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit wie die anderen operativen Fächer. Hinweise zur Beantwortung dieser Frage liefert eine amerikanische Untersuchung (Gargiulo, Hyman & Herbert, 2006). Die einzigen geschlechtsspezifischen Faktoren, die Frauen von der Chirurgie abschreckten, war die wahrgenommene Persönlichkeit der Chirurgen und die Wahrnehmung der Chirurgie als „old boys' club“, also als eingeschworene Männergesellschaft. Auch in der Schweiz werden operative Fächer von jungen Chirurginnen und Chirurgen als Fachbereich erlebt, der von einer monokulturellen männlichen Tradition dominiert wird und von weiblichen Wertvorstellungen profitieren könnte (Heberer, 2006). Da die Gynäkologie und Geburtshilfe ein Fach mit hohem Frauenanteil ist, ist das Arbeitsklima dort frauenfreundlicher und es besteht kaum eine Konkurrenzsituation mit Männern. Es kann vermutet werden, dass Frauen, die an einer operativen Tätigkeit interessiert sind, aus diesen Gründen auf das Fach der Gynäkologie und Geburtshilfe ausweichen.

Wie sieht es aus beim zweiten Aspekt des Laufbahnziels, der *Stabilität* des angestrebten Facharztstitels? Das Laufbahnziel ist bei einem höheren Anteil von Ärzten als von Ärztinnen stabil. 23.9% der Ärztinnen, jedoch nur 10.6% der Ärzte zeigen zwischen dem dritten und vierten Erhebungszeitpunkt eine instabile Facharztwahl. Über die Häufigkeit von Wechseln bei der Facharztspezialisierung in Abhängigkeit vom Geschlecht gibt es kaum Untersuchungen. Eine Studie bei britischen Ärztinnen und Ärzten berichtet, dass 30% der Frauen und 22% der Männer zwischen dem ersten und dritten Jahr nach Studienabschluss den

angestrebten Fachbereich wechselten (Goldacre & Lambert, 2000). Der Anteil der Wechsel war also wiederum bei den Frauen leicht höher. Wie kann dieser Geschlechtsunterschied in der vorliegenden Untersuchung erklärt werden? Einziger signifikanter Prädiktor für die Stabilität der angestrebten Facharztspezialisierung ist bei der multivariaten Analyse der Faktor Mentoring, während bei der bivariaten Analyse auch das Geschlecht ein signifikanter Prädiktor ist, wenn auch mit einer geringen Varianzaufklärung. Beim Ausmass des Mentorings zeigt sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied. Daher kommt Mentoring nicht als Mediator des Geschlechtereffekts in Frage. Es ist wahrscheinlicher, dass das Geschlecht in der multivariaten Analyse aufgrund der geringen Einflussstärke die Signifikanz als Prädiktor knapp nicht mehr erreicht. Die angestrebte Work-Life-Balance leistet im Querschnitt keinen Beitrag zur Erklärung der Stabilität des Laufbahnziels. Was den Zusammenhang zwischen Mentoring und der Stabilität der angestrebten Facharztspezialisierung anbelangt, ist zu erwähnen, dass trotz fehlendem Moderatoreffekt in der Gesamtstichprobe in der geschlechtsgetrennten Analyse Mentoring nur bei den Ärztinnen einen Beitrag zur Erklärung der Stabilität des angestrebten Facharztstitels leistet. Bei den Ärzten wird das Regressionsmodell nicht signifikant. Dies könnte damit zu tun haben, dass nur wenige Ärzte, nämlich 10.6%, keine stabile Facharztwahl haben. Laufbahnunterstützung im Sinne von Mentoring erhöht bei Ärztinnen die Wahrscheinlichkeit einer stabilen Facharztwahl, leistet aber bei den Ärzten keinen Erklärungsbeitrag.

Was könnten allenfalls Gründe sein, dass Frauen häufiger als Männer die angestrebte Facharztspezialisierung wechseln? Hinweise zur unterschiedlichen Relevanz von Gründen des Wechsels bei Frauen und Männern liefert eine Studie bei britischen Ärztinnen und Ärzten ein Jahr nach Abschluss des Studiums (Lambert et al., 2003). Bei den offen angegebenen und kategorisierten Gründen für einen vorgenommenen Wechsel des Fachbereichs zeigten sich Geschlechtsunterschiede bei der Häufigkeit in den Kategorien Lebensqualität und Tätigkeitsinhalt. Frauen nannten häufiger Gründe der Lebensqualität, wie lange, unflexible Arbeitsstunden, hohe Arbeitsbelastung, schwierige Vereinbarkeit des Berufs mit anderen Interessen und häuslichen Verpflichtungen, Männer häufiger Gründe des Tätigkeitsinhaltes wie zu viel oder zu wenig Patientenkontakt, zu hohe oder zu geringe Spezialisierung und nichtklinische Aspekte der Fachspezialisierung im Sinne von administrativen Arbeiten. Verschiedene Studien berichten, dass für Frauen Aspekte der Vereinbarkeit von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen wie Familie ein wichtigeres Entscheidungskriterium für

eine Facharztspezialisierung sind als für Männer (Buddeberg-Fischer & Klaghofer, 2005; Gjerberg, 2003; Murdoch et al., 2001). Es kann also argumentiert werden, dass Frauen insbesondere dann die Fachspezialisierung wechseln, wenn nach ersten eigenen Erfahrungen mit dem gewählten Fachgebiet ihre Erwartungen bezüglich der Vereinbarkeit mit ausserberuflichen Lebensbereichen nicht erfüllt werden. Es könnte auch sein, dass durch eine absehbare Veränderung der Lebenssituation durch Heirat und Mutterschaft die Prioritäten bezüglich Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen von Ärztinnen neu gesetzt werden und diese Aspekte auf einmal wichtiger werden. Es ist anzunehmen, dass Ärzte ihre berufliche Laufbahn weniger häufig oder auf weniger grundlegende Art und Weise ihrer Lebenssituation anpassen als Ärztinnen. Darum ist möglicherweise die Stabilität des Laufbahnziels bei Ärzten höher als bei Ärztinnen.

Nun gilt die Aufmerksamkeit der Rolle des Geschlechts im Zusammenhang mit dem *Laufbahnerfolg*. Obwohl die Laufbahnentwicklung in der Medizin im Rahmen der Facharztweiterbildung stark standardisiert ist und mehrheitlich an Institutionen erfolgt, zeigen sich in dieser Untersuchung bereits vier bis fünf Jahre nach Studienabschluss Geschlechtsunterschiede. Ärzte weisen einen höheren Laufbahnerfolg auf als Ärztinnen, und dies sowohl auf der Basis von objektiven Indikatoren als auch anhand der eigenen subjektiven Einschätzung im Vergleich mit Studienkolleginnen und -kollegen. Es ist zu vermuten, dass sich diese Unterschiede im Verlaufe der weiteren Laufbahnentwicklung eher noch vertiefen werden. Die Geschlechtsunterschiede bleiben auch bestehen, wenn nur die Vollzeitbeschäftigten in den Vergleich einbezogen und die neun Ärztinnen mit Teilzeittätigkeit oder ohne aktuelle Berufstätigkeit zu T4 ausgeschlossen werden. Im Gegensatz zum Befund der vorliegenden Untersuchung konnte Abele (2006) bei Vollzeit arbeitenden 35-jährigen Ärztinnen und Ärzten keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des objektiven Erfolgs feststellen, wobei der Erfolgsindex das Einkommen, die Delegationsbefugnis und die Leitungsfunktion umfasste. Im Einklang mit dem Ergebnis der vorliegenden Studie berichteten andere Untersuchungen ebenfalls von Geschlechtsunterschieden beim objektiven Laufbahnerfolg (z.B. Abele & Stief, 2004; Abele & Wiese, in press; Ng et al., 2005) mit einem geringeren Erfolg bei Frauen. Beim subjektiven Laufbahnerfolg im Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen konnten in anderen Untersuchungen bei gleichzeitigen Geschlechtsunterschieden im objektiven Erfolg nur teilweise Geschlechtsunterschiede festgestellt werden (Abele & Wiese, in press; Stief, 2001).

Welche Hinweise liefert diese Arbeit zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede beim Laufbahnerfolg? Während das Geschlecht beim objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg in der bivariaten Analyse ein signifikanter Prädiktor ist, verschwindet der signifikante Effekt in der multivariaten Analyse. Signifikante Prädiktoren des objektiven Laufbahnerfolgs sind im Längsschnitt extrinsische Karrieremotivation und Mentoring. Da Ärzte höhere Werte bei der extrinsischen Karrieremotivation zeigen als Ärztinnen, kann vermutet werden, dass die extrinsische Karrieremotivation als ein Mediator des Geschlechtereffekts wirkt und der geringere objektive Erfolg von Frauen zu einem gewissen Grade auf die geringere Karrieremotivation zurückzuführen ist. Analoges gilt für den subjektiven Laufbahnerfolg mit den beiden signifikanten Prädiktoren Instrumentalität und Mentoring. Hier ist zu vermuten, dass Instrumentalität als ein Mediator des Geschlechtereffekts wirkt. In signifikanter querschnittlicher Beziehung zum objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg steht die angestrebte Work-Life-Balance, und auch hier erreicht das Geschlecht in der multivariaten Analyse keine Signifikanz mehr. Signifikante Prädiktoren sind für den objektiven Laufbahnerfolg Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung und für den subjektiven Laufbahnerfolg Karriereorientierung. Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung scheinen wie beim angestrebten Facharztstitel auch beim Laufbahnerfolg als Mediatoren des Geschlechtereffekts zu wirken. Die angestrebte Work-Life-Balance erklärt beim objektiven Laufbahnerfolg zusätzlich zu den längsschnittlichen Prädiktoren einen signifikanten Anteil der Varianz, nicht aber beim subjektiven Erfolg. Ein Moderatoreffekt des Geschlechts bei der Beziehung zwischen Prädiktoren und Laufbahnerfolg ist in der vorliegenden Untersuchung nicht feststellbar. Vermutet wurde ein solcher beim Einfluss von Kindern auf den Laufbahnerfolg. Die Hypothese lautete, dass Elternschaft bei Frauen einen negativen Effekt auf den Laufbahnerfolg ausübt. Elternschaft korreliert bei den Ärztinnen zwar tendenziell negativ mit dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg, jedoch ohne das Signifikanzniveau zu erreichen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass zum Zeitpunkt der vierten Erhebung erst 14.1% der Ärztinnen und 24.7% der Ärzte Kinder haben. Vermutlich ist zu einem späteren Zeitpunkt, wenn mehr Ärztinnen und Ärzte Kinder haben, der Effekt der Elternschaft auf den Laufbahnerfolg deutlicher ausgeprägt. In einer Untersuchung bei durchschnittlich 35-jährigen deutschen Ärztinnen und Ärzten sieben Jahre nach Studienabschluss war Elternschaft in Kombination mit dem Geschlecht ein signifikanter Prädiktor für den objektiven Berufserfolg, wobei Elternschaft bei Frauen erwartungsgemäss negativ mit dem Berufserfolg zusammenhing (Abele, 2006). Von den Ärztinnen hatten in

dieser Untersuchung 47% Kinder, von den Ärzten 52%. Wurden jedoch nur die Vollzeit arbeitenden Ärztinnen und Ärzte in die Analyse einbezogen, war dieser Effekt nicht mehr zu finden. Kinder wirkten sich also nur bei Müttern ohne Vollzeittätigkeit Laufbahn-hemmend aus. Andere Untersuchungen berichteten von einem höheren Laufbahnerfolg von Männern mit Kindern im Vergleich mit Männern ohne Kinder, und keinem Effekt der Elternschaft auf den Laufbahnerfolg bei Frauen (Melamed, 1996; Tharenou, 1999). Ebenfalls kein Moderatoreffekt zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung beim Zusammenhang zwischen der angestrebten zukünftigen Gewichtung von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen und dem Laufbahnerfolg. Hinweise auf einen Moderatoreffekt des Geschlechts beim Zusammenhang zwischen persönlichen Zielen und Laufbahnerfolg fand dagegen Stief (2001) in ihrer Untersuchung bei Hochschulabsolventinnen und -absolventen. Männer hatten denselben objektiven Erfolg, unabhängig davon, ob sie nur berufliche Ziele, berufliche und familiäre Ziele oder nur ausserberufliche Ziele angaben. Bei den Frauen sah dies anders aus. Frauen mit familiären Zielen wiesen zwei Jahre später den geringsten objektiven Berufserfolg auf, gefolgt von Frauen mit beruflichen und familiären Zielen. Frauen mit nur beruflichen Zielen zeigten den höchsten objektiven Erfolg. Das Ergebnis war dasselbe, wenn nur Frauen mit Vollzeittätigkeit in die Analyse eingeschlossen wurden.

Wie können die Ergebnisse dieser Untersuchung mit Blick auf die Erklärungsansätze zu inneren und äusseren geschlechtsspezifischen Einflussfaktoren eingeordnet werden? Zwei Erklärungsansätze zu inneren geschlechtsspezifischen Einflussfaktoren sind die Humankapitaltheorie (Becker, 1993) und die Sozialisationstheorie (Astin, 1984; Fassinger, 2002). Da Frauen aufgrund der aktuellen gesellschaftlichen Verhältnisse bis zu einem gewissen Masse davon ausgehen müssen, dass sie die Hauptverantwortung für Kinderbetreuung und Haushalt tragen, sollen sie sich gemäss Humankapitaltheorie (Becker, 1993) tendenziell für eine Berufstätigkeit entscheiden, bei welcher sie gute Vereinbarungsmöglichkeiten zwischen Beruf und Familie sehen. Unter Bezugnahme auf die Sozialisationstheorie postulierte Astin (1984), dass Frauen und Männer in unterschiedliche Interessen und Rollenmuster hinein sozialisiert werden, was sich im subjektiven Wert, den eine Person verschiedenen Wahlmöglichkeiten zuordnet, äussern kann. Auch die Entwicklung von bestimmten Laufbahn-relevanten Eigenschaften wie Instrumentalität und Expressivität werden gemäss Fassinger (2002) vermutlich geschlechtsspezifisch durch die Sozialisation unterstützt. Wahrscheinliche Mediatoren des Geschlechtereffekts bei der Facharztwahl sind in

der vorliegenden Arbeit insbesondere die zwei Arten der angestrebten Work-Life-Balance, Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung. Der Geschlechtereinfluss bei der Wahl der Spezialisierung wird vollständig erklärt durch die angestrebte Gewichtung von Berufs- und Privatleben. Eine hohe Gewichtung der Karriere geht einher mit einer Wahl von operativen Fächern, eine geplante Reduktion der Berufstätigkeit bei kleinen Kindern mit einer Wahl von Fächern der Inneren Medizin. Dieses Ergebnis steht einerseits im Einklang mit der Humankapitaltheorie, wenn davon ausgegangen wird, dass der Entscheid für die Facharztspezialisierung bewusst im Hinblick auf das angestrebte Verhältnis zwischen Beruf und Familie getroffen wurde. Andererseits steht das Ergebnis auch im Einklang mit der Sozialisationstheorie, da die Mediatorvariablen Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung als Ausdruck von sozialisierten Rollenmustern verstanden werden können. Beim Laufbahnerfolg wirken extrinsische Karrieremotivation, Instrumentalität, Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung als Mediatoren des Geschlechtereffekts. Dieses Ergebnis ist ebenfalls mit der Sozialisationstheorie vereinbar, wenn extrinsische Karrieremotivation und Instrumentalität als durch geschlechtsspezifische Sozialisation beeinflusste Motive und Eigenschaften gesehen werden.

Ein Ansatz zur Erklärung von geschlechtsspezifischen äusseren Einflussfaktoren der Laufbahnentwicklung geht davon aus, dass soziales Handeln durch die Geschlechterkultur - also Normen, Werte und Leitbilder einer Gesellschaft in Bezug auf die Geschlechterbeziehungen sowie die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung - und durch die real existierenden Strukturen des Geschlechterverhältnisses beeinflusst werden (Pfau-Effinger, 1996). Geschlechterkultur und -struktur bilden die Grundlage für äussere Laufbahnbarrieren für Frauen, darunter berufliche Stereotypisierung, berufliche Diskriminierung, das Fehlen von beruflichen Rollenmodellen und Unterstützungspersonen sowie Aspekte, welche die Vereinbarung von Beruf und Familie erschweren (Fassinger, 2002). Inwieweit sind solche geschlechtsspezifischen äusseren Einflussfaktoren in der vorliegenden Untersuchung zu erkennen? Ärztinnen und Ärzte berichten von einem vergleichbaren Mass an Laufbahnunterstützung in Form von Mentoring, und diese Unterstützung steht bei Frauen und Männern gleichermassen im Zusammenhang mit Laufbahnerfolg. Weder ist Mentoring ein Mediator des Geschlechtereffekts, noch wirkt das Geschlecht als Moderator auf den Zusammenhang zwischen Mentoring und Laufbahnerfolg. Bei der genaueren Betrachtung von verschiedenen Aspekten des Mentorings zeigt sich jedoch, dass Frauen im Vergleich mit

Männern beim letzten Erhebungszeitpunkt weniger häufig von einem Mentor und in geringerem Masse von Unterstützung hinsichtlich des für den Laufbahnerfolg wichtigen Aspekts „Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme“ berichten. Frauen nehmen zudem häufiger als Männer an formellen Mentoring-Programmen teil. Ein Grund dafür könnte sein, dass es für sie im Vergleich zu Männern schwieriger ist, auf informellem Weg einen Mentor zu finden. Da sich Mentoring in dieser Untersuchung als äusserst relevanter Prädiktor für den Laufbahnerfolg zeigt, scheint es wichtig, solch kleinen Unterschieden Aufmerksamkeit zu schenken. Sie deuten darauf hin, dass Ärztinnen dennoch eine leicht andere Art von Laufbahnunterstützung erhalten als Ärzte. Der Geschlechtereffekt beim Laufbahnerfolg wird im Längsschnitt durch die Mediatorvariablen extrinsische Karrieremotivation und Instrumentalität erklärt. Eine durch äussere Barrieren geschaffene Benachteiligung von Frauen, welche sich in geringerem Laufbahnerfolg ausdrücken würde, kann also in dieser Untersuchung nicht festgestellt werden. Bei der angestrebten Facharztspezialisierung vermögen die längsschnittlichen Prädiktoren den Geschlechtereffekt nicht zu erklären, dagegen aber die angestrebte Work-Life-Balance. Auch hier gibt es keinen direkten Hinweis auf äussere Barrieren. Es ist jedoch vorstellbar, dass äussere Barrieren indirekt über die angestrebte Gewichtung von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen zum Ausdruck kommen. Die angestrebte Work-Life-Balance einer Ärztin ist unter Umständen darum eine Dreiphasenorientierung mit einer Reduktion des Arbeitspensums bei kleinen Kindern, weil sie sich bewusst ist, dass externe Kinderbetreuungsmöglichkeiten nur eingeschränkt und nicht auf unregelmässige Arbeitszeiten angepasst verfügbar sind.

Insgesamt wird deutlich, dass in der Phase der Facharztweiterbildung wichtige Weichen für die weitere Laufbahn von Ärztinnen und Ärzten gestellt werden. Mit der Wahl der Facharztspezialisierung werden – insbesondere was die operativen Fächer anbelangt – gewisse Männerdomänen aufrechterhalten. Und bereits jetzt zeichnen sich Geschlechterunterschiede beim Laufbahnerfolg ab, welche sich sehr wahrscheinlich in den kommenden Jahren zwischen Ärztinnen und Ärzten noch vertiefen werden. Durch die zunehmende Feminisierung sind im Berufsfeld der Medizin jedoch gewisse Struktur- und Einstellungsänderungen absehbar. Die Ärztinnen dieser Untersuchung zeichnen sich aus durch geringere extrinsische Karrieremotivation und höhere extraprofessionale Motivation. Die grosse Mehrheit wünscht sich Kinder. Die Ärztinnen streben häufig eine Teilzeittätigkeit oder eine Reduktion der Berufstätigkeit mit kleinen Kindern an, möchten aber nicht ganz aus

dem Beruf aussteigen. Ihr bevorzugtes Modell zur Vereinbarung von Beruf und Familie ist eine Teilzeittätigkeit beider Eltern. Folglich muss das Angebot an qualifizierten und interessanten Teilzeitstellen in der Medizin auch für die Weiterbildungszeit der Nachfrage angepasst und erhöht werden. Dadurch könnte die Teilzeittätigkeit in der Medizin – insbesondere auch in Spitälern – nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer zu etwas Alltäglichem werden.

6.2 Die Rolle von personenbezogenen Faktoren, berufsbezogenen Faktoren und Faktoren der privaten Lebenssituation bei der Laufbahnentwicklung

Personenbezogene und berufsbezogene Faktoren leisten wie erwartet einen Beitrag zur Erklärung der angestrebten Work-Life-Balance, der Laufbahnziele und des Laufbahnerfolgs. Es bestätigen sich jedoch nicht alle postulierten Einflüsse. Die Elternschaft als Faktor der privaten Lebenssituation leistet keinen Erklärungsbeitrag, wie bereits im letzten Kapitel erwähnt. Tabelle 36 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen der Fragestellung 2.

Die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance Karriereorientierung, Teilzeit- und Dreiphasenorientierung können durch Geschlecht, personenbezogene Faktoren und berufsbezogene Faktoren mit einem Varianzanteil von 39%, 48% und 35% vorhergesagt werden. Die Relevanz der einzelnen Einflussfaktoren ist in einer Übersicht in Abbildung 12 dargestellt. Signifikante unabhängige Prädiktoren sind bei der *Karriereorientierung* Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation, bei der *Teilzeitorientierung* Geschlecht, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance und bei der *Dreiphasenorientierung* Geschlecht, extrinsische Karrieremotivation, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance.

Tabelle 36: Zusammenfassung der Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zu Fragestellung 2: Befunde auf der Basis der multivariaten Regressionsanalysen

Hypothesen	Befunde
2.1a Die angestrebte Work-Life-Balance <i>Karriereorientierung</i> wird durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation positiv, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance negativ mit der Karriereorientierung korrelieren.	Teilweise bestätigt (Instrumentalität, extraprofessionale Motivation)
2.1b Die angestrebte Work-Life-Balance <i>Teilzeit- und Dreiphasenorientierung</i> wird durch personenbezogene und berufsbezogene Faktoren beeinflusst in dem Sinne, dass Instrumentalität und extrinsische Karrieremotivation negativ, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance positiv mit der Teilzeit- und Dreiphasenorientierung korrelieren.	Teilweise bestätigt (extraprofessionale Motivation, Effort-Reward-Imbalance und bei Dreiphasenorientierung auch extrinsische Karrieremotivation)
2.2a <i>Der angestrebte Facharztztitel</i> wird durch personenbezogene Faktoren in dem Sinne beeinflusst, dass Instrumentalität positiv, extraprofessionale Motivation negativ mit einem angestrebten Facharztztitel in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) korrelieren.	Bestätigt
2.2b <i>Die Stabilität des angestrebten Facharztztitels</i> wird durch personenbezogene und berufliche Faktoren in dem Sinne beeinflusst, dass Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, intrinsische Karrieremotivation sowie Mentoring positiv, Effort-Reward-Imbalance negativ mit der Stabilität (vs. Instabilität) des angestrebten Facharztztitels korrelieren.	Teilweise bestätigt (Mentoring)
2.3 <i>Objektiver und subjektiver Laufbahnerfolg</i> werden durch personenbezogene Faktoren, berufliche Faktoren und private Lebenssituation in dem Sinne beeinflusst, dass Instrumentalität, Kohärenzsinn, berufliche Selbstwirksamkeit, extrinsische Karrieremotivation und Mentoring positiv, Elternschaft bei Frauen negativ (Moderatoreffekt) mit dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg korrelieren.	Teilweise bestätigt (extrinsische Karrieremotivation und Mentoring beim objektiven Erfolg, Instrumentalität und Mentoring beim subjektiven Erfolg)

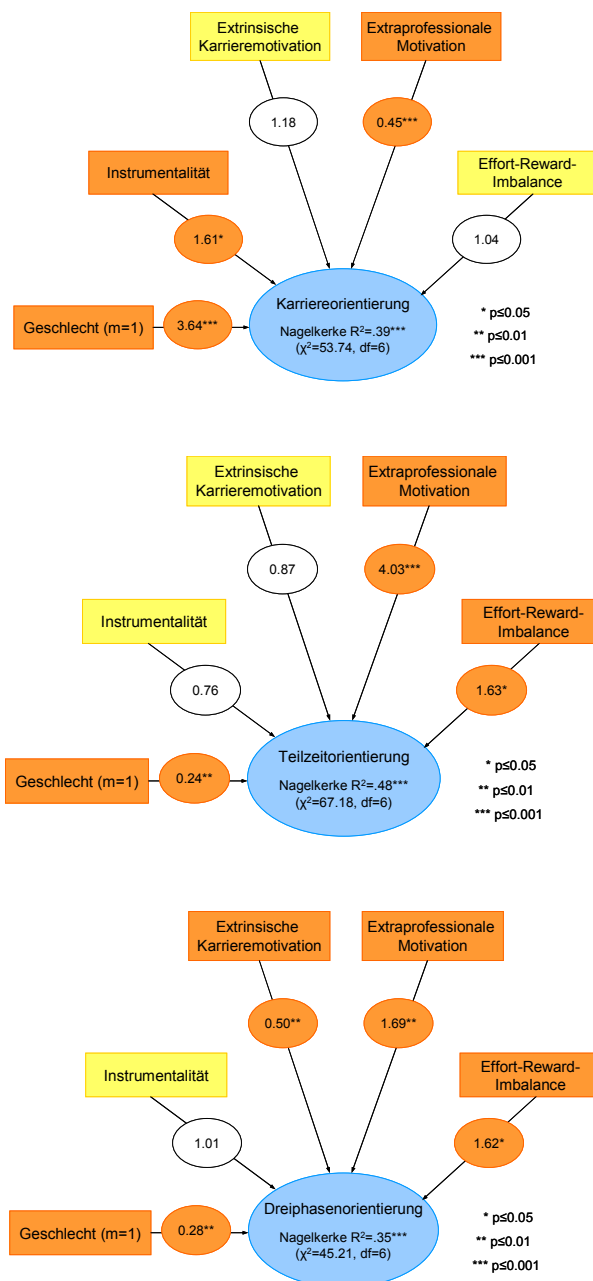


Abbildung 12: Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Karriereorientierung, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung (Logistische Regressionsanalysen unter Angabe der Odds Ratio, N=156)

Der angestrebte Facharztstitel und die Stabilität können durch Geschlecht, personenbezogene Faktoren und berufsbezogene Faktoren mit einem Varianzanteil von 44% beziehungsweise 17% vorhergesagt werden. Beim *angestrebten Facharztstitel* sind Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation signifikante unabhängige Prädiktoren. Bei der *Stabilität des Laufbahnziels* ist einzig Mentoring ein signifikanter Prädiktor. Beim objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg liegt die erklärte Varianz durch personenbezogene und

berufsbezogene Faktoren sowie Faktoren der privaten Lebenssituation bei 21% beziehungsweise 35%. Einen Überblick über die Relevanz der verschiedenen Einflussfaktoren liefert Abbildung 13. Extrinsische Karrieremotivation und Mentoring sind beim *objektiven Laufbahnerfolg* unabhängige signifikante Prädiktoren, Instrumentalität und Mentoring beim *subjektiven Laufbahnerfolg*.

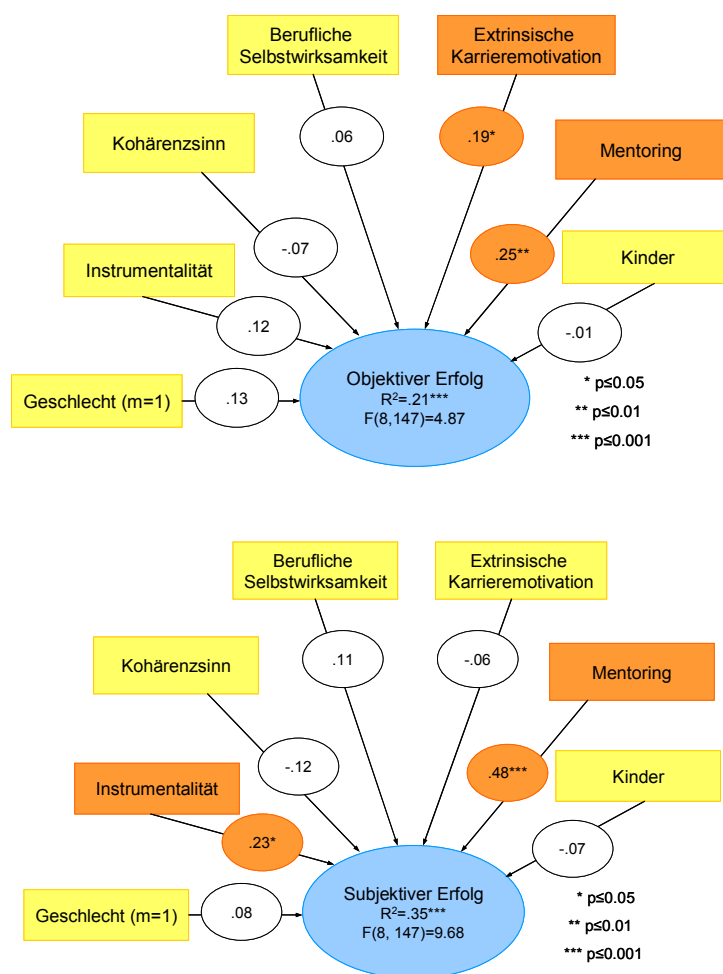


Abbildung 13: Vorhersage des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolgs (Multiple Regressionsanalyse unter Angabe der Beta-Gewichte, N=156)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zur Prädiktion der angestrebten Work-Life-Balance, der Laufbahnziele und des Laufbahnerfolgs diskutiert und zu Befunden anderer Untersuchungen in Beziehung gesetzt.

6.2.1 Prädiktion der angestrebten Work-Life-Balance

Die jungen Ärztinnen und Ärzte dieser Untersuchung wurden zum vierten Erhebungszeitpunkt danach gefragt, welche Gewichtung von Berufs- und Privatleben sie in den nächsten fünf Jahren realisieren möchten. Es wurden drei Szenarien vorgegeben, und die Befragten konnten bei jedem der drei Szenarien angeben, inwieweit sie dieses für sich selbst anstreben. Eine Karriereorientierung zeigen 47.4% der Befragten (26.8% der Frauen, 64.7% der Männer). Sie geben an, dass sie ihr Leben auf den beruflichen Aufstieg ausrichten wollen mit gleichzeitigen Abstrichen im Privatleben. 61.5% der Befragten (78.9% der Frauen, 47.1% der Männer) ziehen für die Zukunft eine Teilzeittätigkeit in Betracht, um mehr Zeit für ausserberufliche Lebensbereiche zu haben, und 31.4% der jungen Ärztinnen und Ärzte (47.9% der Frauen, 17.6% der Männer) planen eine Reduktion der Berufstätigkeit bei Familiengründung (Dreiphasenorientierung). Diese hohen Anteile insbesondere bei der Teilzeitorientierung, aber auch der Dreiphasenorientierung sind erstaunlich, auch wenn es sich hier erst um Ziele handelt, welche unter Umständen nicht in der Realität umgesetzt werden. Der Anteil der Teilzeit arbeitenden Ärztinnen und Ärzte lag im Jahre 2000 bei 16.5% (36% bei den Frauen, 7% bei den Männern). Der Wunsch nach einer Reduktion des Arbeitspensums zu Gunsten von mehr Zeit für andere Lebensbereiche kann bei den jungen Ärztinnen und Ärzten als Ausgleichsreaktion auf die aktuell geleistete hohe Anzahl an Arbeitsstunden verstanden werden. Er ist auch Ausdruck des steigenden Frauenanteils in der Medizin und des stärkeren Wunsches von Frauen nach Teilzeitarbeit. Zudem deutet er ganz allgemein darauf hin, dass sowohl Männer als auch Frauen ihr Privatleben heute im Gegensatz zu früher zunehmend nicht mehr vollständig dem Arztberuf unterordnen wollen. Dies steht im Einklang mit Untersuchungsergebnissen aus den Niederlanden, die zeigten, dass die Einstellung zur Teilzeitarbeit bei den jüngeren Ärztinnen und Ärzten positiver ist als bei älteren, und dass die wichtigsten Gründe für die aktuelle und angestrebte Teilzeittätigkeit mehr Zeit für Familie und Freizeitaktivitäten sind (De Jong et al., 2006; Heiligers & Hingstman, 2000; Lugtenberg et al., 2006).

Karriereorientierung, Teilzeit- und Dreiphasenorientierung können mit Varianzanteilen von 39%, 48% und 35% relativ gut durch die Prädiktoren Geschlecht, Instrumentalität, extrinsische Karriereorientierung, extraprofessionale Motivation und Effort-Reward-Imbalance vorhergesagt werden. Es erstaunt nicht, dass die wichtigsten Prädiktoren für die angestrebte Work-Life-Balance neben dem Geschlecht (vgl. Kapitel 6.1.2) extrinsische

Karrieremotivation und extraprofessionale Motivation sind, da von einer gewissen Überschneidung dieser Konstrukte auszugehen ist. Auffallend ist, dass Instrumentalität nur bei der Karriereorientierung ein signifikanter Prädiktor ist und die Effort-Reward-Imbalance nur bei der Teilzeit- und Dreiphasenorientierung. Personen, die sich durch Entscheidungsfreudigkeit, Durchhaltevermögen, Selbstsicherheit, Unabhängigkeit, Aktivität und Stressresistenz auszeichnen, richten ihr Leben eher auf den beruflichen Aufstieg aus. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen andere Untersuchungen (Abele & Stief, 2004; Alfermann et al., 1999; Sieverding, 1990). So stand bei deutschen Hochschulabsolventen Instrumentalität in positiver Beziehung zu ausgeprägten Karrierezielen (Abele & Stief, 2004). Personen, die bei ihrer Arbeitstätigkeit ein tendenziell ungünstiges Verhältnis zwischen Verausgabung und Anerkennung erleben, streben für die Zukunft eher eine Reduktion ihrer Arbeitstätigkeit an. Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen von Untersuchungen, die von einem Zusammenhang berichteten zwischen Effort-Reward-Imbalance und der Absicht, den Arbeitgeber zu wechseln (Kinnunen et al., 2008) oder sich früher pensionieren zu lassen (Siegrist et al., 2006).

6.2.2 Prädiktion des angestrebten Facharzttitels und dessen Stabilität

Der angestrebte Facharzttitel, operative Fächer vs. Fächer der Inneren Medizin, wird mit einem Varianzanteil von 44% relativ gut durch die Prädiktoren Geschlecht, Instrumentalität und extraprofessionale Motivation vorhergesagt. Personen mit hoher Instrumentalität streben mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Facharzttitel in operativen Fächern an. Dies gilt auch innerhalb der Gruppe der Männer, die im Schnitt höhere Werte bei der Instrumentalität haben als Frauen. Instrumentelle Eigenschaften scheinen die ideale Voraussetzung zu sein für das durch Engagement, Wettbewerb und rationale Entscheidungen geprägte Arbeitsklima in operativen Fächern in der Schweiz, wie es von jungen Chirurginnen und Chirurgen wahrgenommen wird (Heberer, 2006). Operative Fächer werden zudem von Personen bevorzugt, die ausserberuflichen Bereichen eine geringe Relevanz einräumen. Dies stimmt überein mit den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen (Azizzadeh et al., 2003; Jarecky et al., 1991). Da Faktoren des so genannten Lebensstils, wie die Planbarkeit der Arbeitszeiten und die Verfügbarkeit von Freizeit, für die Wahl der Spezialisierung wichtiger werden, zeichnet sich in den USA bei operativen Fächern bereits ein Mangel an Nachwuchs ab (Sanfey et al., 2006). Ein solcher wird auch in Deutschland thematisiert (Ulrich, 2004). Auf

die Relevanz der Gewichtung von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen für die Wahl der Facharztspezialisierung wird in Kapitel 6.3.1 im Zusammenhang mit der angestrebten Work-Life-Balance genauer eingegangen. Weitere mögliche Einflussfaktoren für die Wahl der Spezialisierung, die in dieser Untersuchung nicht einbezogen wurden, sind Interessen, Fähigkeiten und Neigungen. Diese Aspekte werden in anderen Untersuchungen von den Befragten selbst als wichtige Einflussfaktoren angegeben (British Medical Association, 2007; Gensch, 2007; Harris et al., 2005) und könnten in der vorliegenden Untersuchung für einen gewissen Teil der nicht erklärten Varianz verantwortlich sein.

Das Laufbahnziel von Ärztinnen und Ärzten in der vorliegenden Untersuchung ist vom dritten zum vierten Erhebungszeitpunkt mehrheitlich stabil. Nur 16.7% der Befragten nehmen einen Wechsel im übergeordneten Fachbereich vor oder entscheiden sich neu für eine Facharztspezialisierung. Gemäss anderen Untersuchungen wechselten etwa knapp ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte während der Weiterbildungszeit das angestrebte Fachgebiet (Goldacre & Lambert, 2000; Jarecky et al., 1991; Lambert et al., 2003). Es erstaunt nicht, dass der Anteil in der vorliegenden Untersuchung tiefer liegt, da die Befragten zum vierten Erhebungszeitpunkt bereits seit vier bis fünf Jahren ihr Studium abgeschlossen haben und in ihrer Weiterbildung meist schon weit fortgeschritten sind. Je später ein definitiver Entscheid für ein Fachgebiet gefällt oder ein Wechsel vorgenommen wird, desto länger ist die Dauer der Weiterbildungszeit. Dieser Zusammenhang wird in dieser Untersuchung deutlich. Die Stabilität des Laufbahnziels korreliert signifikant mit dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg mit $r_{pb}=.28$ beziehungsweise $r_{pb}=.31$. Bei der Stabilität des angestrebten Facharztstitels kann durch die Prädiktoren mit 17% ein eher geringer Anteil der Varianz erklärt werden. Bei der geschlechtergetrennten Analyse zeigt sich, dass das Regressionsmodell nur bei den Ärztinnen signifikant wird mit einer erklärten Varianz von 28%. Einziger signifikanter Prädiktor ist sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei den Ärztinnen Mentoring. Laufbahnunterstützung hilft Ärztinnen also dabei, Klarheit in Bezug auf den Laufbahnweg zu schaffen und einen einmal eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen. In einer britischen Studie wurden für den Wechsel des Fachgebiets am häufigsten Gründe im Bereich von Lebensqualität und Tätigkeitsinhalt genannt (Lambert et al., 2003). In der vorliegenden Untersuchung gibt es keinen Hinweis darauf, dass das Stresserleben am Arbeitsplatz eine Rolle spielt, da die Effort-Reward-Imbalance kein signifikanter Prädiktor ist. Nahe liegend ist jedoch, dass das persönliche Interesse relevant ist. Es kann sein, dass eine Ärztin während der

Weiterbildungszeit anlässlich der Stellenrotation ein Fachgebiet entdeckt, das ihr besonders gut gefällt, oder in welchem sie von einem Vorgesetzten speziell gefördert wird. Oder es kristallisiert sich im Verlaufe der Weiterbildungszeit heraus, dass ein bestimmtes Fach die Erwartungen nicht erfüllt, einem Arzt nicht gefällt oder nicht liegt. Zudem könnten persönliche Lebensumstände bei der Stabilität des Laufbahnziels eine Rolle spielen. Vermutlich spielen abgesehen vom Prädiktor Mentoring individuell sehr unterschiedliche Gründe für den späten definitiven Entscheid für eine Facharztspezialisierung oder einen Wechsel des Fachbereichs eine Rolle.

6.2.3 Prädiktion des Laufbahnerfolgs

Objektiver und subjektiver Laufbahnerfolg können, wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben, als sich ergänzende Aspekte des Konstruktes Laufbahnerfolg verstanden werden. Für eine umfassende Konzeptualisierung von Erfolg scheint es daher wichtig, beide Aspekte einzubeziehen. In dieser Studie wurde sowohl der objektive Erfolg als auch ein Aspekt des subjektiven Erfolgs untersucht. Während zur Einschätzung des objektiven Erfolgs in anderen Studien meistens Einkommen, Position und Beförderungen herangezogen wurden, fand in dieser Arbeit ein auf Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zugeschnittener Index des objektiven Erfolgs Verwendung. Position und Einkommen sind bei Ärztinnen und Ärzten zum aktuellen Laufbahnzeitpunkt keine aussagekräftigen Erfolgsindikatoren, da alle dieselbe Position, nämlich die eines Assistenzarztes oder einer Assistenzärztin, und ein vergleichbares, durch die Tarifstruktur der Spitäler vorgegebenes Einkommen haben. Ein Index hat im Vergleich zu einem einzelnen Erfolgsmass zudem den Vorteil, dass er breiter abgestützt ist und darum ein umfassenderes Bild gewährleistet. Der verwendete Index für den objektiven Erfolg umfasst zwölf verschiedene Aspekte bezüglich des bisherigen Fortschritts im Rahmen der Facharztweiterbildung, der Leistungen im Rahmen der Forschung (beispielsweise Vorträge und Publikationen) sowie hinsichtlich Auslandsaufenthalt und Lehrtätigkeit. Bei der Einschätzung des eigenen Erfolgs spielen soziale Vergleichsprozesse eine wichtige Rolle (Heslin, 2005). Darum wurde der subjektive Erfolg in dieser Untersuchung erhoben als selbst eingeschätzter Erfolg im Vergleich mit Studienkolleginnen und -kollegen. Objektiver und subjektiver Laufbahnerfolg korrelieren in dieser Studie mit $r=.46$. Abele und Wiese (in press) fanden in ihrer Untersuchung einen Zusammenhang von $r=.32$ zwischen objektivem Erfolg und dem im Vergleich zu anderen eingeschätzten subjektiven Erfolg. Die Korrelation in der

vorliegenden Untersuchung ist also etwas höher. Bei der subjektiven Einschätzung ihres Erfolgs im Vergleich mit Studienkolleginnen und -kollegen scheinen sich die Befragten relativ stark an denjenigen Kriterien zu orientieren, welche als Indikatoren für den objektiven Erfolg herangezogen werden. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, und ein anschauliches Beispiel dafür, wie subjektive Einschätzung und objektiver Erfolg divergieren können, ist das in Kapitel 5.6 beschriebene Fallbeispiel der Ärztin A. Sie hat einen verhältnismässig hohen objektiven Erfolg, schätzt sich subjektiv jedoch als gleich erfolgreich wie ihre Kolleginnen und Kollegen ein. Als Erklärung für diese Diskrepanz kann ihre Interviewaussage herangezogen werden. Ärztin A ist der Meinung, dass ihre Laufbahn bezüglich der Facharztweiterbildung nicht ideal abgelaufen ist, und dass viele Kolleginnen und Kollegen es beim Vorwärtkommen einfacher hatten als sie.

Der objektive und der subjektive Laufbahnerfolg werden mit einem Varianzanteil von 21% respektive 35% durch die Prädiktoren erklärt. Signifikante Prädiktoren sind Mentoring bei beiden Aspekten des Erfolgs sowie extrinsische Karrieremotivation beim objektiven und Instrumentalität beim subjektiven Erfolg. Auffallend ist, dass die Varianzerklärung beim objektiven Laufbahnerfolg deutlich geringer ausfällt als beim subjektiven Erfolg. In der Untersuchung von Stief (2001) war ein solcher Unterschied bei der Vorhersage des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolgs durch Selbstwirksamkeit sowie verschiedene Kontrollvariablen nicht zu beobachten. Die Varianzerklärung beim objektiven Erfolg war sogar um rund 20% höher als beim subjektiven Erfolg. Analog sah es aus in der Untersuchung von Abele (2004) bei der Vorhersage des Erfolgs durch Geschlecht, Fachrichtung, Studienleistungen, Geschlechtsrollenorientierung, Selbstwirksamkeit, Ergebniserwartung, Karriere- und Wachstumsziele sowie Elternschaft, mit einer Varianzerklärung von 38% beim objektiven Berufserfolgsindex und 16% beim subjektiven Erfolg. Ein Grund für diese divergierenden Ergebnisse scheint der Prädiktor Mentoring zu sein, der in den Untersuchungen von Stief (2001) und Abele (2004) nicht einbezogen wurde und in dieser Untersuchung bei der Vorhersage des subjektiven Erfolgs einen besonders hohen Erklärungswert hat. Da die Varianzerklärung vor allem beim objektiven Laufbahnerfolg nicht hoch ist, stellt sich die Frage, welche weiteren Faktoren als Prädiktoren des Laufbahnerfolgs in Frage kommen. Möglich ist, dass weitere personenbezogene Faktoren wie Persönlichkeit sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sich beispielsweise in der Studienabschlussnote ausdrücken, relevant sind. Da während der Weiterbildungszeit verschiedene Stellenwechsel

nötig sind, könnte die Bereitschaft zur geographischen Mobilität ein weiterer Einflussfaktor sein. Hinsichtlich der berufsbezogenen Faktoren spielt allenfalls das Angebot an Weiterbildungsstellen in einem bestimmten Fachgebiet und allfällig früh geknüpfte Kontakte zu Personen in leitenden Funktionen eine Rolle, die für das Bekommen von begehrten Stellen nützlich sind.

Im Folgenden wird die relative Relevanz der einzelnen Prädiktorvariablen bei der Vorhersage der Laufbahnentwicklung in der vorliegenden Untersuchung diskutiert. Zuerst wird die Aufmerksamkeit auf die personenbezogenen Faktoren gerichtet. Im Einklang mit Ergebnissen aus anderen Studien (z.B. Abele, 2003b) spielt in der vorliegenden Untersuchung die *Instrumentalität*, ein Aspekt der Geschlechtsrollenorientierung oder des selbstbezogenen Selbstkonzepts, eine wichtige Rolle für die Laufbahnentwicklung. Instrumentalität ist ein signifikanter Prädiktor der angestrebten Work-Life-Balance Karriereorientierung, des angestrebten Facharztstitels und des subjektiven Laufbahnerfolgs. Der *Kohärenzsinn*, ein Konstrukt, welches bisher im Zusammenhang mit der Laufbahnentwicklung noch kaum untersucht wurde, erweist sich in den multivariaten Analysen nicht als relevanter Prädiktor. Nur in den bivariaten Analysen zeigen sich bei den Frauen signifikante Zusammenhänge mit dem objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg. Dass der Kohärenzsinn multivariat kein Prädiktor ist, liegt vermutlich einerseits an der geringen Effektstärke und andererseits daran, dass er mittelhoch mit dem Personenfaktor Instrumentalität korreliert (vgl. Anhang, Tabelle A). Aufgrund dieser Befunde kann in zukünftigen Untersuchungen zur Laufbahnentwicklung auf den Einbezug des Konstrukts Kohärenzsinn verzichtet werden. Die *berufliche Selbstwirksamkeit* gilt als eines der fruchtbarsten Konstrukte in der Laufbahnpsychologie. Erstaunlicherweise ist die Selbstwirksamkeit in dieser Untersuchung multivariat kein signifikanter Prädiktor für die Laufbahnentwicklung, ganz im Gegensatz beispielsweise zu den Untersuchungen von Abele (2006) und Stief (2001). Bivariat finden sich Korrelationen zum objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg, welche bei den Männern signifikant sind. Bei der Betrachtung der Korrelationen zwischen den Personenfaktoren (vgl. Anhang, Tabelle A) zeigt sich, dass die berufliche Selbstwirksamkeit mittelhoch mit Instrumentalität ($r=.62$) und in geringerem Ausmass auch mit extrinsischer Karrieremotivation korreliert. Der Effekt der beruflichen Selbstwirksamkeit wird in dieser Untersuchung vermutlich multivariat durch diese beiden anderen Personenfaktoren überdeckt. Ein ähnlicher, wenn auch umgekehrter Effekt zeigte sich bei Abele (2006). Erst nach dem Entfernen des signifikanten Prädiktors

Selbstwirksamkeit wurde Instrumentalität zum signifikanten Prädiktor für den Laufbahnerfolg. Werden sowohl das Konstrukt Instrumentalität als auch berufliche Selbstwirksamkeit in eine Untersuchung einbezogen, scheint es wahrscheinlich, dass nur eines dieser Konstrukte einen signifikanten Erklärungsbeitrag leistet aufgrund der relativ hohen Interkorrelation dieser beiden Variablen. Extrinsische *Karrieremotivation* und extraprofessionale Motivation erweisen sich als wichtige Prädiktoren in dieser Untersuchung. Die extrinsische Motivation ist ein signifikanter Prädiktor für den objektiven Laufbahnerfolg. Ein analoger Effekt zeigte sich in der Untersuchung von Day und Allen (2004), jedoch mit einer anderen Operationalisierung der Karrieremotivation. Weiter ist die extraprofessionale Motivation ein signifikanter Prädiktor für die angestrebte Facharztspezialisierung. Ähnlich fand Abele (1994) je nach gewähltem Studienfach Unterschiede hinsichtlich der Karrieremotivation. Beide Motivationsarten leisteten zudem einen Beitrag zur Erklärung der angestrebten Work-Life-Balance. Der Einbezug des Konstrukts der Karrieremotivation, operationalisiert durch die Unterskalen extrinsische Karrieremotivation und extraprofessionale Motivation, erweist sich in dieser Untersuchung als fruchtbar. Insgesamt gesehen sind die bedeutsamsten personenbezogenen Faktoren für die Prädiktion der Laufbahnentwicklung in der vorliegenden Untersuchung Instrumentalität als Aspekt der Geschlechtsrollenorientierung sowie extrinsische Karrieremotivation und extraprofessionale Motivation.

Wie sieht es bei den berufsbezogenen Faktoren aus? *Mentoring* erweist sich über alles gesehen als wichtigster Prädiktor für die Laufbahnentwicklung. Es leistet den grössten Erklärungsbeitrag für den objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg und ist der einzige signifikante Prädiktor für die Stabilität des Laufbahnziels. Mentoring wurde in dieser Untersuchung gemäss dem Netzwerkansatz konzeptualisiert als insgesamt erhaltene Laufbahnunterstützung von Personen aus dem beruflichen Umfeld. Eine solche breite Konzeptualisierung von Mentoring hat sich für diese Untersuchung bewährt. Wie in Kapitel 5.4 beschrieben, erklärt Mentoring nach Kontrolle des Vorhandenseins eines Mentors zu T3 und T4 einen zusätzlichen Anteil der Varianz des objektiven und subjektiven Laufbahnerfolgs. Dieses Ergebnis entspricht der These des Netzwerkansatzes, die besagt, dass die Summe der von verschiedenen Personen erhaltenen Laufbahnunterstützung entscheidend ist und weniger das Vorhandensein eines bestimmten Mentors (Higgins & Kram, 2001). Zentrale Bestandteile von Mentoring sind Karriereunterstützung sowie psychosoziale

Unterstützung mit den Aspekten emotionale Unterstützung und Vorbildfunktion (Blickle & Boujataoui, 2005). Bei der Erhebung von Mentoring in der vorliegenden Untersuchung wurde beiden Bestandteilen von Mentoring Rechnung getragen. Bei der detaillierten Aufschlüsselung der verschiedenen Mentoring-Aspekte zeigt sich, dass Karriereunterstützung in Form von „Sichtbarkeit schaffen und Einflussnahme“ sowie „Hilfe bei der Karriereplanung“ am engsten mit dem Laufbahnerfolg zusammenhängen. Der Befund, dass Karriereunterstützung in einem stärkeren Zusammenhang zum objektiven Erfolg steht als psychosoziale Unterstützung, wird durch andere Untersuchungen bestätigt (Allen, Poteet, Eby & Lentz, 2004). Der Nutzen von Mentoring für die Laufbahnentwicklung ist durch Metaanalysen klar belegt (Allen et al., 2004; Underhill, 2006). Auffallend in der vorliegenden Untersuchung ist jedoch die hohe Relevanz, die dem Prädiktor zukommt, unabhängig von allen anderen untersuchten Prädiktoren. Kammeyer-Mueller und Judge (2008) stellten in ihrer Übersicht fest, dass der Effekt von Mentoring nach Kontrolle anderer Variablen wie Ausbildung und Beschäftigungsdauer auf den objektiven Laufbahnerfolg relativ gering ist. In ihrer Metaanalyse mit dem Schwerpunkt auf dem Vergleich von Personen mit Mentor mit Personen ohne Mentor wirft Underhill (2006) die Frage auf, ob allenfalls nicht das Mentoring, sondern die Persönlichkeit von mentorierten Personen für den Laufbahnerfolg ausschlaggebend sein könnte. So fanden Day und Allen (2004), dass sich Personen mit Mentor und solche ohne Mentor hinsichtlich Karrieremotivation, jedoch nicht hinsichtlich Karriere-bezogener Selbstwirksamkeit unterschieden. Aufgrund der Anlage der vorliegenden Untersuchung mit gleichzeitigem Einbezug von Mentoring und verschiedenen personenbezogenen Faktoren kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass der Effekt von Mentoring auf Merkmale der Person zurückzuführen sind. Mentoring ist ein von den anderen Variablen unabhängiger signifikanter Prädiktor für den Laufbahnerfolg. Der zweite untersuchte berufsbezogene Faktor, die *Effort-Reward-Imbalance*, ist relevant bei der Vorhersage der angestrebten Work-Life-Balance Teilzeit- und Dreiphasenorientierung. Ein ungünstiges Verhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung, welches auf Stresserleben hindeutet, steht in positivem Zusammenhang mit dem Ziel, das Arbeitspensum zu Gunsten von anderen Lebensbereichen zu reduzieren. Bisherige Untersuchungen zur Effort-Reward-Imbalance mit Ergebnisvariablen aus dem beruflichen Kontext konnten einen Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung und Arbeitszufriedenheit feststellen (Van Vegchel et al., 2005) und mit der Intention, den Arbeitgeber zu wechseln (Kinnunen et al., 2008) und sich früher pensionieren zu lassen (Siegrist et al., 2006). Die Stärke des Konstrukts der Effort-Reward-

Imbalance liegt also eher bei der Vorhersage von Befinden und Arbeitszufriedenheit als bei der Laufbahnentwicklung im Sinne des beruflichen Fortschritts. So könnte die Effort-Reward-Imbalance vermutlich im Zusammenhang mit dem Ausmass des Konflikterlebens zwischen beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen als Prädiktor eine Rolle spielen.

Als Faktor der privaten Lebenssituation wird in der vorliegenden Untersuchung der Einfluss von *Kindern* auf die Laufbahnentwicklung untersucht. Wie in Kapitel 6.1.3 erwähnt, zeigte sich der postulierte Effekt der Elternschaft auf den Laufbahnerfolg in dieser Untersuchung nicht, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass noch nicht viele Ärztinnen und Ärzte Kinder haben. Anders als in der vorliegenden Untersuchung konnte bei jungen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland ein Zusammenhang zwischen Elternschaft und Laufbahnerfolg festgestellt werden (Abele, 2006). Das in Kapitel 5.6 beschriebene Fallbeispiel von Ärztin A zeigt auf, wie die Elternschaft die berufliche Entwicklung durch einen Berufsunterbruch verlangsamen kann. Der Berufsunterbruch dauert bei ihr aufgrund fehlender Teilzeitstellen und schwierig zu organisierender Kinderbetreuung länger an als erwünscht und ursprünglich vorgesehen. Zudem hat sie den Eindruck, dass ihre Vorgesetzten ihre Laufbahnziele aufgrund der Elternschaft nicht mehr ernst nehmen; sie fühlt sich von ihnen nicht mehr unterstützt. Die Mehrheit der bisher kinderlosen Ärztinnen und Ärzte wünscht sich noch Kinder. So wäre die Untersuchung des Einflusses der Elternschaft auf die Laufbahnentwicklung zu einem späteren Zeitpunkt interessant. Erst wenn mehr Ärztinnen und Ärzte Kinder haben, wird deutlich werden, ob sich die Elternschaft wie angenommen bei Frauen und Männern unterschiedlich auf die Laufbahnentwicklung auswirkt. Obwohl der Aspekt der Kinder in dieser Untersuchung kein Prädiktor für die Laufbahnentwicklung ist, sollte er also in zukünftigen Untersuchungen nicht vernachlässigt werden.

6.3 Die Rolle der angestrebten Work-Life-Balance bei der Laufbahnentwicklung

Die drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance leisten teilweise einen Beitrag zur Erklärung der Laufbahnziele und des Laufbahnerfolgs. Tabelle 37 vermittelt einen Überblick über die Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zur Fragestellung 3.

Tabelle 37: Zusammenfassung der Ergebnisse der hypothesenrelevanten Analysen zu Fragestellung 3: Befunde auf der Basis der multivariaten Regressionsanalysen

Hypothesen	Befunde
3.1a Es gibt eine Beziehung zwischen Work-Life-Balance und <i>angestrebtem Facharztstitel</i> in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung negativ mit einem angestrebten Facharztstitel in operativen Fächern (vs. Fächern der Inneren Medizin) korrelieren.	Teilweise bestätigt (Karriere- und Dreiphasenorientierung)
3.1b Es gibt eine Beziehung zwischen Work-Life-Balance und <i>Stabilität des angestrebten Facharztstitels</i> in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung negativ mit der Stabilität (vs. Instabilität) beim angestrebten Facharztstitel korrelieren.	Nicht bestätigt
3.2 Es gibt eine Beziehung zwischen angestrebter Work-Life-Balance und <i>objektivem sowie subjektivem Laufbahnerfolg</i> in dem Sinne, dass Karriereorientierung positiv, Teilzeitorientierung und Dreiphasenorientierung negativ mit objektivem und subjektivem Erfolg korrelieren.	Teilweise bestätigt (Karriereorientierung, zusätzlich Dreiphasenorientierung beim subjektiven Erfolg)

Der angestrebte Facharztstitel kann durch die angestrebte Work-Life-Balance mit einem Varianzanteil von 41% vorhergesagt werden. Signifikante Prädiktoren sind Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung. Bei der Stabilität des Laufbahnziels erklärt die angestrebte Work-Life-Balance keinen signifikanten Varianzanteil. Beim objektiven und subjektiven Laufbahnerfolg liegt die erklärte Varianz durch die angestrebte Work-Life-Balance bei 21% beziehungsweise 10%. Abbildung 14 vermittelt einen Überblick über die Zusammenhänge. Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung sind beim objektiven Laufbahnerfolg unabhängige signifikante Prädiktoren. Einziger signifikanter Prädiktor beim subjektiven Laufbahnerfolg ist die Karriereorientierung.

Im Folgenden werden die Ergebnisse im Hinblick auf Varianzaufklärung, auch in Ergänzung zu den längsschnittlichen Prädiktoren, diskutiert und zu Befunden anderer Untersuchungen in Beziehung gesetzt.

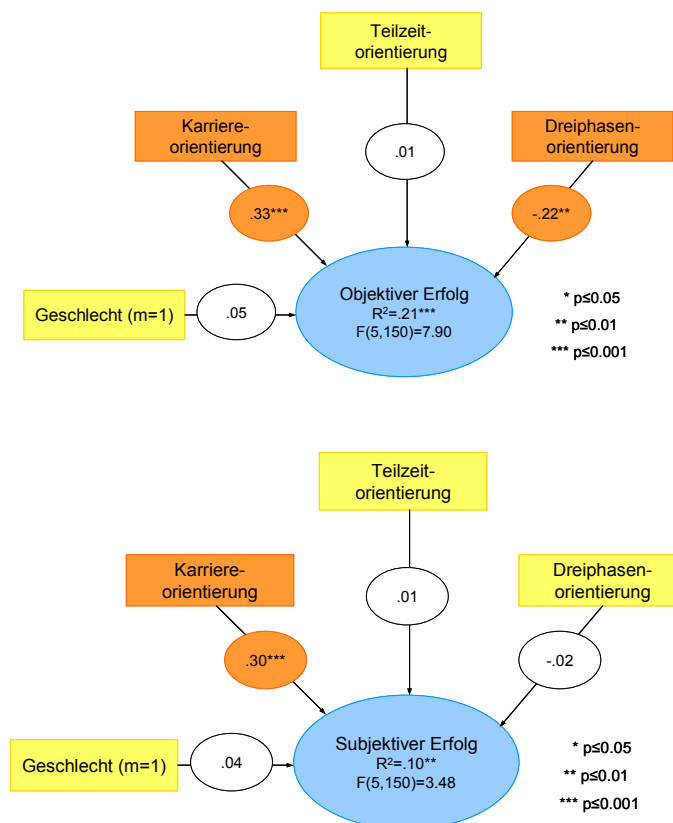


Abbildung 14: Beziehung von angestrebter Work-Life-Balance zu objektivem und subjektivem Laufbahnerfolg (multiple Regressionsanalyse unter Angabe der Beta-Gewichte, $N=156$)

6.3.1 Angestrebte Work-Life-Balance und Laufbahnziele

Der *angestrebte Facharztstitel*, operative Fächer vs. Fächer der Inneren Medizin, kann mit einem Varianzanteil von 41% relativ gut durch die angestrebte Work-Life-Balance erklärt werden mit den signifikanten Prädiktoren Karriereorientierung und Dreiphasenorientierung. Operative Fächer werden von Personen gewählt, die in naher Zukunft den Schwerpunkt auf den beruflichen Bereich und auf eine Karriere im engeren Sinn legen wollen. Daraus lässt sich schliessen, dass operative Fächer im Gegensatz zu Fächern der Inneren Medizin als zeitintensiver und aufwändiger wahrgenommen werden, aber auch als besonders lohnend hinsichtlich einer prestigeträchtigen Karriere. Dieses Studienergebnis entspricht dem Bild von operativen Fächern, wie es sich in anderen Untersuchungen herauskristallisierte. Amerikanische und britische Medizinstudierende sehen operative Fächer als prestigeträchtig und lohnend für eine Karriere, aber auch als Fächer, welche ein ausgewogenes Leben erschweren und Opfer im Privatleben verlangen (Sanfey et al., 2006; Tambyraja et al., 2008).

Die Wahl operativer Fächer korrelierte bei amerikanischen Medizinstudierenden positiv mit den Kriterien Prestige und Karrieremöglichkeiten und negativ mit den Kriterien Lebensstil und Arbeitsstunden (Azizzadeh et al., 2003). Zusätzlich zu den Prädiktoren im Längsschnitt erklärt die angestrebte Work-Life-Balance einen signifikanten Anteil der Varianz beim angestrebten Facharzttitle und erhöht diesen insgesamt von 41% auf 51%. Dies verdeutlicht die hohe Relevanz der Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen im Zusammenhang mit der Wahl der Facharztspezialisierung.

Zur Erklärung der *Stabilität des Laufbahnziels* vermag die angestrebte Work-Life-Balance keinen Beitrag zu leisten. Es ist gut vorstellbar, dass Ziele hinsichtlich der Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen mit der Stabilität des Laufbahnziels in Beziehung stehen. In einer retrospektiven Untersuchung bei britischen Ärztinnen und Ärzten wurden Zeit für Familienaktivitäten und Zeit für Freizeitaktivitäten als wichtigste Gründe für den Wechsel bei der angestrebten Spezialisierung angegeben (Jarecky et al., 1991). So nimmt unter Umständen eine Person einen Fachwechsel vor, wenn im zuerst gewählten Fach die angestrebte Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen nicht realisierbar scheint. Es ist nicht auszuschliessen, dass eine solche Überlegung bei einer Einzelperson in der vorliegenden Untersuchung eine Rolle spielt, aber insgesamt ist kein Zusammenhang zwischen der Stabilität der Facharztwahl und einer bestimmten Art der angestrebten Work-Life-Balance zu finden. Wie bereits in Kapitel 6.2.2 erwähnt, spielen möglicherweise bei den wenigen Personen mit instabiler Facharztwahl individuell unterschiedliche Gründe eine Rolle.

6.3.2 Angestrebte Work-Life-Balance und Laufbahnerfolg

Der objektive Laufbahnerfolg wird mit einem Varianzanteil von 21% und der subjektive Laufbahnerfolg mit einem relativ geringen Anteil von 10% durch die angestrebte Work-Life-Balance erklärt. Signifikanter Prädiktor bei beiden Arten des Laufbahnerfolgs ist die Karriereorientierung, beim objektiven Erfolg zusätzlich die Dreiphasenorientierung. Einen höheren Laufbahnerfolg haben diejenigen Personen, die auch in naher Zukunft der beruflichen Karriere zu Lasten anderer Lebensbereiche den Vorrang geben wollen. Dies deutet darauf hin, dass die Karriereorientierung relativ stabil ist, und lässt vermuten, dass diejenigen Personen, die in den nächsten Jahren die Karriere hoch gewichten wollen, dies

bereits bisher taten und unter anderem darum erfolgreicher sind. Insbesondere beim objektiven Laufbahnerfolg wird deutlich, dass die Ziele zur Gewichtung von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen für den Laufbahnerfolg von einiger Relevanz sind. Die angestrebte Work-Life-Balance erklärt beim objektiven Erfolg über die längsschnittlichen Prädiktoren hinaus einen signifikanten Anteil der Varianz und erhöht diesen von insgesamt 21% auf 27%. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen andere Untersuchungen, die den Einfluss von Karrierezielen und Wachstumszielen auf den Laufbahnerfolg nachwiesen (Abele & Stief, 2004; Stief, 2001).

6.4 Kritische Betrachtung des theoretischen und empirischen Beitrags der Untersuchung

Während in den letzten Kapiteln die einzelnen Befunde der vorliegenden Untersuchung diskutiert wurden, sollen in diesem Kapitel nun der theoretische und der empirische Beitrag der Untersuchung insgesamt besprochen, Anregungen für zukünftige Untersuchungen gegeben und ein Fazit gezogen werden.

6.4.1 Relevanz der Untersuchung

Auf der Grundlage eines Arbeitsmodells, basierend auf der sozialkognitiven Laufbahntheorie von Lent et al. (1994) und dem Modell zur beruflichen Laufbahnentwicklung von Abele (2002), untersucht die vorliegende Studie die Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten nach dem Einstieg ins Berufsleben. In Ergänzung zu bisherigen theoretischen und empirischen Arbeiten leistet die vorliegende Studie einen Beitrag zur Klärung der Frage der Relevanz von Einflussfaktoren unterschiedlicher Herkunftsbereiche für die Laufbahnentwicklung, nämlich Geschlecht, personenbezogene Faktoren, berufsbezogene Faktoren, private Lebenssituation sowie angestrebte Work-Life-Balance. Als Zielvariablen stehen Laufbahnziele und Laufbahnerfolg im Zentrum des Interesses. Die im Modell postulierten Zusammenhänge werden in der vorliegenden Arbeit zu einem grösseren Teil bestätigt. Geschlecht, gewisse personenbezogene und berufsbezogene Faktoren üben im Längsschnitt einen Einfluss auf die Laufbahnentwicklung aus. Dagegen zeigt sich entgegen den Annahmen im Modell kein Einfluss der privaten Lebenssituation, operationalisiert über Kinder – womöglich aufgrund der Tatsache, dass noch nicht viele

Untersuchungsteilnehmende Kinder haben. Die postulierten Zusammenhänge zwischen angestrebter Work-Life-Balance und Laufbahnzielen sowie Laufbahnerfolg werden ebenfalls mehrheitlich bestätigt, und die angestrebte Work-Life-Balance hat teilweise in Ergänzung zu den längsschnittlichen Prädiktoren einen zusätzlichen Erklärungseffekt bei Laufbahnzielen und Laufbahnerfolg.

Die vorliegende Untersuchung hat verschiedene Stärken. Eine erste ist, wie oben erwähnt, der gleichzeitige Einbezug von Laufbahn-relevanten Faktoren aus verschiedenen Bereichen, insbesondere personenbezogenen und berufsbezogenen Faktoren. Dies ermöglicht Erkenntnisse zur relativen Relevanz von Faktoren unterschiedlicher Herkunftsbereiche. Eine weitere Stärke ist die umfassende Sicht auf die Laufbahnentwicklung durch den Einbezug des Privatlebens (private Lebenssituation und angestrebte Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen), wie bereits von Van Maanen und Schein (1977) angeregt. Dabei erwies sich insbesondere der Aspekt der Gewichtung von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen als fruchtbar. Weiter erfolgte die Einschätzung des Laufbahnerfolgs breit abgestützt, wie in neueren Untersuchungen für ein umfassenderes Verständnis des Berufserfolgs üblich (Abele & Wiese, in press; Heslin, 2003). Sich gegenseitig ergänzend wurden zwei Facetten des Erfolgs erfasst: der objektive Berufserfolg mittels eines aus mehreren Indikatoren bestehenden Erfolgsindex und der subjektive Berufserfolg im Vergleich zu Studienkolleginnen und -kollegen. Zu erwähnen sind zwei weitere Stärken aus methodischer Sicht. Die Ausgangsstichprobe für die Gewinnung der Untersuchungsstichprobe basiert auf einer Vollerhebung bei zwei Kohorten von Medizinstudierenden der Deutschschweiz, mit einer hohen Beteiligungsquote, was eine hohe Aussagekraft der Ergebnisse gewährleistet. Zudem wurde die Laufbahnentwicklung in der vorliegenden Arbeit zu einem grösseren Teil im Längsschnitt untersucht. Dies ermöglicht Aussagen zur Wirkungsrichtung bei den untersuchten Zusammenhängen.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie können drei Haupteckdaten hinsichtlich der Erforschung der Laufbahnentwicklung abgeleitet werden. Erstens spielt das Geschlecht nach wie vor eine Rolle für die Laufbahnentwicklung. Frauen und Männer mit demselben Bildungsabschluss, dem Medizinstudium, unterscheiden sich wenige Jahre später hinsichtlich des Fachgebietes, in welchem sie eine Spezialisierung verfolgen, und hinsichtlich des Laufbahnerfolgs. Der Einfluss des Geschlechts zeigt sich vor allem in Form eines durch

andere Variablen mediierten Geschlechtereffekts. Dabei sind insbesondere Geschlechtsunterschiede bei der Gewichtung der Laufbahn relevant, hier erfasst durch die extrinsische Karrieremotivation und die angestrebte Work-Life-Balance. Zweitens wird deutlich, dass für die Laufbahnentwicklung sowohl interne, personenbezogene Faktoren als auch externe, Umfeld-bezogene Faktoren – in dieser Studie insbesondere der berufsbezogene Faktor Mentoring – eine wichtige Rolle spielen. Für ein umfassendes Verständnis der Laufbahnentwicklung scheint es also wichtig, gleichzeitig innere wie auch äussere Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Drittens bestätigt sich in der vorliegenden Studie die Relevanz von persönlichen Zielen für die Laufbahnentwicklung. Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen persönlichen Zielen zur angestrebten Work-Life-Balance und der Laufbahnentwicklung bezüglich Weiterbildungsziel und Laufbahnerfolg. Auch wenn hier aufgrund der querschnittlichen Anlage nicht auf die Wirkungsrichtung geschlossen werden kann, wird deutlich, dass persönliche Ziele, wie von den handlungsorientierten Laufbahntheorien postuliert, ein wichtiges Element der Laufbahnentwicklung darstellen.

Neben den Erkenntnissen hinsichtlich der Erforschung der Laufbahnentwicklung können auf der Basis der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auch Anregungen für die Praxis gewonnen werden. Da Laufbahnunterstützung im Sinne von Mentoring ein wichtiger, laufbahnförderlicher Faktor darstellt, könnte die Etablierung von formalen Mentoring-Programmen für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung dazu dienen, die Laufbahnentwicklung zu fördern. Damit der Nutzen von solchen Programmen für die Mentees möglichst gross ist, gilt es, gewisse Punkte zu berücksichtigen. Underhill (2006) fand in ihrer Metaanalyse Hinweise darauf, dass formales Mentoring im Rahmen eines Mentoring-Programms einen geringeren Nutzen hat als informelles Mentoring. Als einen möglichen Grund dafür erwähnt sie die Zuteilung von Mentor zu Mentee, die im Rahmen von Programmen oft durch die Programmleitung vorgenommen wird, ungeachtet der Interessen und Charakteristika von Mentee und Mentor. Bei der Zuordnung von Mentor und Mentee ist es wichtig, dass persönliche Vorlieben berücksichtigt werden. Es ist von Vorteil, wenn der Mentee den Mentor bis zu einem bestimmten Grad selbst wählen kann. Besonders Laufbahn-wirksam sind gemäss Ergebnissen der vorliegenden Studie die Unterstützungsaspekte „Sichtbarkeit verschaffen und Einflussnahme“ sowie „Hilfe bei der Karriereplanung“. Es ist also vorteilhaft, wenn der Mentor im angestrebten Fach- und Tätigkeitsbereich des Mentees etabliert ist. So kann der Mentee vom Fachwissen, der Laufbahnerfahrung sowie vom

Einfluss und Netzwerk des Mentors profitieren. Wenn eine Ärztin eine akademische Laufbahn anstrebt, ist es beispielsweise nicht sinnvoll, ihr als Mentor einen Facharzt mit eigener Praxis zur Seite zu stellen. Weiter sollten junge Ärztinnen und Ärzte im Rahmen einer Laufbahnberatung oder während des Studiums im Rahmen einer Veranstaltung zur Laufbahnplanung darauf aufmerksam gemacht werden, wie wichtig Laufbahnunterstützung ist. Sie sollten ermutigt werden, bei der Suche nach Mentorinnen und Mentoren selbst aktiv zu werden. Aufgrund der zunehmenden Feminisierung der Medizin und des zunehmenden Wunsches nach Teilzeittätigkeit nicht nur bei Ärztinnen scheint es weiter wichtig, das Angebot an attraktiven Teilzeitweiterbildungsstellen zu erhöhen, mit Arbeitspensen zwischen 50% und 90%. Weiter gibt es in der vorliegenden Studie Hinweise darauf, dass Ärztinnen weniger häufig als Ärzte eine Familie gründen möchten, möglicherweise auch aufgrund der vorhersehbaren Schwierigkeiten der Vereinbarung von Beruf und Familie. Externe Kinderbetreuungsangebote mit Betreuungszeiten, welche über die Bürozeiten hinausgehen, können hier eine gewisse Erleichterung bringen.

6.4.2 Anregungen für zukünftige Untersuchungen

Nach der Erläuterung der Relevanz und Stärken der vorliegenden Untersuchung im letzten Kapitel wird im Folgenden ergänzend auf Einschränkungen hingewiesen und es werden, wo möglich, Anregungen für zukünftige Untersuchungen gegeben. Zunächst werden zwei Aspekte angesprochen, die die Untersuchung insgesamt betreffen, danach wird auf bestimmte Teilaspekte der Untersuchung eingegangen.

Die erste globale Einschränkung betrifft die Untersuchungsstichprobe. Wie oben erwähnt, basiert die Ausgangsstichprobe für die Gewinnung der Untersuchungsstichprobe auf einer Vollerhebung bei zwei Kohorten von Medizinstudierenden der Deutschschweiz. Die Untersuchungsstichprobe ist eine Teilstichprobe mit dem Selektionskriterium einer angestrebten Facharztspezialisierung in Fächern der Inneren Medizin oder operativen Fächern. Somit steht die Untersuchungsstichprobe für einen ganz bestimmten Teil des Spektrums aller jungen Ärztinnen und Ärzten dieser beiden Kohorten, mit der Konsequenz, dass die Ergebnisse nur bedingt auf alle jungen Ärztinnen und Ärzte verallgemeinert werden können. Die zweite globale Einschränkung bezieht sich auf die Konzeption des Arbeitsmodells der vorliegenden Untersuchung und die kausale Interpretation der

Untersuchungsergebnisse. Die berufliche Entwicklung wird heute als ein interaktiver Prozess mit wechselseitigen Beziehungen zwischen den Einflussfaktoren verstanden. Das Arbeitsmodell der vorliegenden Untersuchung beschränkt sich auf eine Wirkungsrichtung. Auch wenn die Annahme dieser Wirkungsrichtung durch die Ergebnisse der Analyse im Längsschnitt unterstützt werden, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass eine wechselseitige Beziehung ebenfalls möglich ist. Als Beispiel soll der Prädiktor Mentoring dienen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die Annahme, dass wahrgenommene Laufbahnunterstützung im Sinne von Mentoring den späteren Laufbahnerfolg erhöht. Gleichzeitig ist jedoch die Annahme eines Einflusses in umgekehrter Richtung ebenfalls plausibel. Junge Ärztinnen und Ärzte, die von Personen aus ihrem beruflichen Umfeld als erfolgreich wahrgenommen werden, erhalten möglicherweise eher Laufbahnunterstützung und können leichter eine Beziehung zu einem Mentor herstellen als solche, die nicht durch ihre guten Leistungen auffallen. Die Bestätigung einer Wirkungsrichtung lässt also die Frage eines möglichen wechselseitigen Einflusses offen. Zur Beantwortung dieser Frage wäre eine Längsschnittstudie mit wiederholter Erhebung des Laufbahnerfolgs notwendig. Und bei denjenigen Zusammenhängen, welche in der vorliegenden Untersuchung im Querschnitt analysiert untersucht wurden, sind Längsschnittuntersuchungen zur empirischen Abstützung der angenommenen Wirkungsrichtung unerlässlich für eine kausale Interpretation der Ergebnisse.

Nun werden verschiedene Teilaspekte der Untersuchung genauer betrachtet. Eine Einschränkung betrifft die Breite der Erfassung bei den berufsbezogenen Faktoren und den Faktoren der privaten Lebenssituation. Als berufsbezogene Faktoren wurden in der Untersuchung der Einfluss von Mentoring und Effort-Reward-Imbalance analysiert. Es gibt jedoch weitere berufsbezogene Faktoren, welche möglicherweise einen Einfluss auf die Laufbahnentwicklung ausüben. Das Gegenstück von Laufbahnunterstützung in Form von Mentoring sind erlebte Benachteiligungserfahrungen. Abele (2003a) erhob Benachteiligungserfahrungen hinsichtlich der Anerkennung der Leistung, der Unterstützung der Karriereplanung, der Entlohnung und aufgrund von Kindern, setzte diese jedoch nicht in Beziehung zur Laufbahnentwicklung. In eine ähnliche Richtung geht die Erfassung von Laufbahnbarrieren, welche von der Forschungsgruppe um Lent (Lent et al., 2001; Lent et al., 2003) mit einer Skala mit Items zu negativen sozialen oder familiären Einflüssen hinsichtlich der angestrebten Laufbahn und zur finanziellen Belastung erhoben wurden. Sie stellten fest,

dass die Barrieren vor allem indirekt über die Selbstwirksamkeit auf Laufbahnziele und Laufbahnverhalten einwirkten. Abele (2006) untersuchte weiter die Arbeitsplatz-bezogenen Faktoren Entscheidungsspielraum und wahrgenommene Qualifizierungsmöglichkeiten, jedoch wiederum nicht im Zusammenhang mit der Laufbahnentwicklung. Weitere Laufbahn-relevante berufsbezogene Faktoren könnten die Anzahl verfügbarer Stellen im Weiterbildungsgebiet und das Klima am Arbeitsplatz sein. Der Einbezug von stark Arbeitsplatz-abhängigen berufsbezogenen Faktoren ist für Vorhersagen im Längsschnitt jedoch nur dann sinnvoll, wenn der Arbeitsplatz über eine gewisse Zeit stabil ist und keine häufigen Stellenwechsel oder Wechsel beim Arbeitsumfeld vorgenommen werden. Gewisse berufsbezogene Faktoren stehen in engem Zusammenhang mit Faktoren des Privatlebens, und insbesondere mit der Elternschaft. Das Ausmass der Berufstätigkeit ist bei Frauen häufig abhängig vom Vorhandensein von Kindern (z.B. Abele, 2006), und ein weiterer berufsbezogener Aspekt, der oft familiäre Ursachen hat, ist die Unterbrechung der Berufstätigkeit. Tharenou (1999) fand einen Zusammenhang zwischen Familienstruktur und Berufsunterbrechungen bei Frauen. Die Anzahl der Unterbrechungen stand jedoch nicht in einem Zusammenhang mit dem Berufserfolg. So hatten beispielsweise Frauen ohne Partner und Kinder trotz der wenigen Berufsunterbrechungen einen reduzierten Laufbahnerfolg. Als Faktor der privaten Lebenssituation wurde in der vorliegenden Untersuchung der Aspekt Kinder einbezogen. Auch was die private Lebenssituation anbelangt, sind weitere mögliche Einflussfaktoren auszumachen. Ein solcher ist das Ausmass der Berufstätigkeit des Partners, wie beispielsweise in der Untersuchung von Tharenou (1999) berücksichtigt, und die Laufbahnentwicklung des Partners beziehungsweise der Partnerin. Als Beispiel können die Ärztinnen und Ärzte dieser Untersuchung herangezogen werden, die zu 42% respektive 30% in Partnerschaft mit einem Mediziner oder einer Medizinerin leben. Solche doppelten Medizinerlaufbahnen verlangen einiges an Koordinationsleistungen und vermutlich von Zeit zu Zeit Kompromisse bei Laufbahn-relevanten Entscheidungen. In diesem Zusammenhang scheint zudem interessant, in welchem Ausmass sich eine Person durch den Partner beziehungsweise die Partnerin in ihrer Laufbahnentwicklung unterstützt fühlt. Weiterführende Untersuchungen könnten zusätzliche berufsbezogene Faktoren und Aspekte der privaten Lebenssituation einbeziehen und so zu einem umfassenderen Verständnis des Einflusses dieser Faktoren beitragen. Um Hinweise auf das Vorhandensein zusätzlicher relevanter Einflussfaktoren zu gewinnen, würden sich qualitative Untersuchungen gut eignen, beispielsweise in Form von halbstrukturierten Interviews. So könnten Faktoren aufgedeckt

werden, deren Relevanz durch quantitative Untersuchungen bisher nicht erfasst wurde. Eine weitere Einschränkung betrifft die Gewichtung von Berufs- und Privatleben, in der vorliegenden Untersuchung erfasst als angestrebte Work-Life-Balance. Die Befragten konnten bei den drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance je ihre Zustimmung angeben. Dieses Vorgehen hat sowohl Vorteile als auch Nachteile. Ein Nachteil dieses Vorgehens ist, dass sich eine Person nicht klar für ein bestimmtes Modell entscheiden muss. Sie kann beispielsweise sowohl der Karriereorientierung als auch der Teilzeitorientierung zustimmen, und auf diese Weise wird ihre Priorität nicht klar sichtbar. Der Vorteil dieses Vorgehens ist, dass gewisse Ambivalenzen erkennbar werden und dass eine Kombination von angestrebten Modellen möglich wird, wie sie in den Antwortvorgaben nicht enthalten sind. In der vorliegenden Untersuchung wurde das für in fünf Jahren angestrebte Ziel der Gewichtung von Berufs- und Privatleben erhoben. Diese Zeitspanne wurde gewählt, da bis in fünf Jahren die Mehrheit der Studienteilnehmenden die Facharztweiterbildung voraussichtlich abgeschlossen hat. Mit Abschluss der Weiterbildung ist die Gestaltungsfreiheit in Bezug auf die Gewichtung der Lebensbereiche höher, da eine Teilzeittätigkeit nicht mehr mit einer verlängerten Weiterbildungszeit einhergeht und bei der Stellenwahl keine Voraussetzungen für die Anrechnung der Tätigkeit an die Weiterbildung zu berücksichtigen sind. Die aktuelle Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen wurde nicht erhoben. Die Facharztweiterbildung zwingt praktisch zu einer hohen Gewichtung des beruflichen Bereiches. Eine Priorisierung ausserberuflicher Bereiche ist mit grossen beruflichen Nachteilen verbunden. Für zukünftige Untersuchungen ist jedoch zu empfehlen, neben der angestrebten Gewichtung die aktuelle Gewichtung von Beruf und ausserberuflichen Lebensbereichen zu erfassen, wie beispielsweise in der Untersuchung von Wiese (2000). So können Veränderungen bei der Gewichtung und deren Auswirkung auf die Laufbahnentwicklung nachvollzogen werden. In sozialkognitiven und selbstregulativen Laufbahntheorien sind Ziele ein zentrales Element (Abele, 2002; Lent et al., 1994). In der vorliegenden Untersuchung wurden Ziele erfasst im Rahmen der angestrebten Facharztspezialisierung, der Stabilität des Laufbahnziels sowie der angestrebten Work-Life-Balance. Zukünftige Untersuchungen sollten den wichtigen Aspekt der Ziele erweitern. Dafür könnten Zielskalen eingesetzt (vgl. Abele & Stief, 2004) oder Laufbahnziele mittels offener (vgl. Stief, 2001; Wiese, 2000) oder geschlossener Fragen erhoben werden. Mit einem Längsschnittsdesign könnte zudem überprüft werden, inwieweit die Laufbahnziele einen

Einfluss auf die spätere berufliche Entwicklung ausüben und inwieweit sie realisiert werden können.

6.4.3 Fazit

Ausgehend von einem Modell der Laufbahnentwicklung, welches auf sozialkognitiven und selbstregulativen Laufbahntheorien basiert (Abele, 2002; Lent et al., 1994), bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass trotz gleicher Bildungschancen und bildungsrelevanter Voraussetzungen das Geschlecht bei der Laufbahnentwicklung von jungen Ärztinnen und Ärzten eine Rolle spielt. Der Geschlechtereinfluss äussert sich erstens in der Bevorzugung von unterschiedlichen Berufszielen und zweitens in einem geringeren Laufbahnerfolg von Frauen, unter anderem bedingt durch eine unterschiedliche Gewichtung von beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen. Weiter unterstützen die Ergebnisse die Annahme, dass sowohl personenbezogene als auch berufsbezogene Faktoren einen Einfluss auf die Laufbahnentwicklung ausüben und dass das angestrebte Verhältnis zwischen beruflichen und ausserberuflichen Lebensbereichen in Beziehung zur Laufbahnentwicklung steht. Die Resultate der vorliegenden Arbeit zeigen auf, dass für ein umfassendes Verständnis der beruflichen Entwicklung einerseits ausserberufliche Lebensbereiche berücksichtigt werden müssen und andererseits sowohl personenbezogenen als auch berufsbezogenen Faktoren Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Zudem erscheint aufgrund der Ergebnisse das Instrument des Mentorings als eine besonders geeignete Laufbahn-förderliche Massnahme, welche mittels Implementierung von formalen Mentoring-Programmen oder mittels der Ermutigung von jungen Ärztinnen und Ärzten, die Suche nach Unterstützungspersonen selbst aktiv in die Hand zu nehmen, umgesetzt werden kann.

Literaturverzeichnis

- Abele, A. E. (1994). *Karriereorientierungen angehender Akademikerinnen und Akademiker: Eine Untersuchung an einer west- und ostdeutschen Universität*. Bielefeld: Kleine.
- Abele, A. E. (1998). *Berufliche Laufbahnentwicklung von Akademikerinnen und Akademikern BELA-E. Dritte Befragung* (Projektbericht Nr. 3). Erlangen: Universität Erlangen, Psychologisches Institut.
- Abele, A. E. (2002). Ein Modell und empirische Befunde zur beruflichen Laufbahnentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechtsvergleichs. *Psychologische Rundschau*, 53 (3), 109–118.
- Abele, A. E. (2003a). Ärztinnen und Ärzte vom zweiten Staatsexamen bis zur Facharztausbildung. In A. E. Abele, E.-H. Hoff & H.-U. Hohner (Hrsg.), *Frauen und Männer in akademischen Professionen: Berufsverläufe und Berufserfolg* (S. 29–42). Heidelberg: Asanger.
- Abele, A. E. (2003b). Geschlecht, geschlechtsbezogenes Selbstkonzept und Berufserfolg. Befunde aus einer prospektiven Längsschnittstudie mit Hochschulabsolventinnen und -absolventen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 34 (4), 161–172.
- Abele, A. E. (2004). Selbstregulationskompetenzen und beruflicher Erfolg. In B. S. Wiese (Hrsg.), *Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung: Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt* (S. 61–89). Frankfurt: Campus.
- Abele, A. E. (2005). Ziele, Selbstkonzept, Work-Life-Balance bei der längerfristigen Lebensgestaltung. Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E mit Akademikerinnen und Akademikern. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 176–186.
- Abele, A. E. (2006). Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In S. Dettmer, G. Kaczmareczyk & B. Bühren (Hrsg.), *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 35–57). Heidelberg: Springer.
- Abele, A. E. & Krüsken, J. (2003). Intrinsisch motiviert und verzichtbereit. Determinanten der Promotionsabsicht am Beispiel von Diplomabsolventinnen und -absolventen der Mathematik. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 34 (4), 205–218.
- Abele, A. E. & Nitzsche, U. (2002). Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127, 2057–2062.
- Abele, A. E. & Stief, M. (2004). Die Prognose des Berufserfolgs von Hochschulabsolventinnen und -absolventen. Befunde zur ersten und zweiten Erhebung der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48, 4–16.
- Abele, A. E., Stief, M. & Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 145–151.
- Abele, A. E. & Wiese, B. S. (in press). The nomological network of self-management strategies and career success. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Alfermann, D., Reigber, D. & Turan, J. (1999). Androgynie, soziale Einstellungen und psychische Gesundheit: Zwei Untersuchungen an Frauen im Zeitvergleich. In U. Bock & D. Alfermann (Hrsg.), *Androgynie. Vielfalt der Möglichkeiten* (S. 42–155). Stuttgart: Metzler.

- Alfermann, D., Stiller, J. & Brähler, E. (2006). Berufsziele und Karrierepläne nach dem Studium der Humanmedizin – ein Geschlechtervergleich. In M. Endepohls-Ulpe & A. Jesse (Hrsg.), *Familie und Beruf – weibliche Lebensperspektiven im Wandel* (S. 35–48). Frankfurt am Main: Lang.
- Allen, T. D., Poteet, M. L., Eby, L. T. & Lentz, E. (2004). Career benefits associated with mentoring for protégés: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 89 (1), 127–136.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*, 52, 203–213.
- Arthur, M. B., Khapova, S. N. & Wilderom, C. P. M. (2005). Career success in a boundaryless career world. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 177–202.
- Arthur, M. B. & Rousseau, D. M. (1996). Introduction: The boundaryless career as a new employment principle. In M. B. Arthur & D. M. Rousseau (Eds.), *The boundaryless career. A new employment principle for a new organizational era* (pp. 3–20). New York: Oxford University Press.
- Asendorpf, J. B. (1999). *Psychologie der Persönlichkeit* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Astin, H. S. (1984). The meaning of work in women's lives: A sociopsychological model of career choice and work behavior. *The Counseling Psychologist*, 12, 117–126.
- Austin, J. T. & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338–375.
- Azizzadeh, A., McCollum, C. H., Miller, C. C., Holliday, K. M., Shilstone, H. C. & Lucci, A. (2003). Factors influencing career choice among medical students interested in surgery. *Current Surgery*, 60 (2), 210–213.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L. A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp. 19–85). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Becker, G. S. (1993). *Human capital* (3rd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Betz, N. (2001). Career self-efficacy. In F. T. L. Leong & A. Barak (Eds.), *Contemporary models in vocational psychology. A volume in honour of Samuel H. Osipow* (pp. 55–78). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Betz, N. & Hackett, G. (1981). The relationship of career-related self-efficacy expectations to perceived career options in college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 399–410.
- Biaggi, P., Peter, S. & Ulich, E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – what can be done? *Swiss Medical Weekly*, 133, 339–346.
- Biedenkopf, A. (2004). Die Entscheidung nach dem PJ: Chirurgie – ja oder nein? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129, 963–966.
- Bierhoff-Alfermann, D. (1989). *Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Blickle, G. (2000). Mentor-Protégé-Beziehungen in Organisationen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 168–178.

- Blickle, G. & Boujataoui, M. (2005). Mentoren, Karriere und Geschlecht: Eine Feldstudie mit Führungskräften aus dem Personalbereich. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 1–11.
- Blickle, G., Kuhnert, B. & Rieck, S. (2003). Laufbahnförderung durch ein Unterstützungsnetzwerk: Ein neuer Mentoringansatz und seine empirische Überprüfung. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 2 (3), 118–128.
- Borges, N. J. & Osmon, W. R. (2001). Personality and medical specialty choice: Technique orientation versus people orientation. *Journal of Vocational Behavior*, 58, 22–35.
- Bortz, J. (2004). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Boudreau, J. W. & Boswell, W. R. (2001). Effects of personality on executive career success in the United States and Europe. *Journal of Vocational Behavior*, 58, 53–81.
- Bovier, P. A. & Perneger, T. V. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*, 13, 299–305.
- British Medical Association. (2007). *The cohort study of 2006 medical graduates*. London: British Medical Association.
- Brown, D. (2002). Status of theories of career choice and development. In D. Brown & Associates (Eds.), *Career choice and development* (pp. 511–115). San Francisco: Jossey-Bass.
- Brunstein, J. C. & Maier, G. W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 146–160.
- Buddeberg-Fischer, B. (2007). *Berufliche Entwicklung und Lebenszufriedenheit von jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse der Viertbefragung*. Unveröff. Information, Universitätsspital Zürich, Abteilung Psychosoziale Medizin.
- Buddeberg-Fischer, B. & Ackermann-Liebrich, U. (2004). Die Ärztin / Der Arzt. In C. Buddeberg (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin* (S. 21–34). Berlin: Springer.
- Buddeberg-Fischer, B., Illés, C. & Klaghofer, R. (2002). Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. *Das Gesundheitswesen*, 64, 353–362.
- Buddeberg-Fischer, B. & Klaghofer, R. (2005). Personality traits, well-being and career planning of young physicians. In J. W. Lee (Ed.), *Gender Roles* (pp. 87–100). New York: Nova Biomedical Books.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Abel, T. & Buddeberg, C. (2003). The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. *Swiss Medical Weekly*, 133, 535–540.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Vetsch, E., Abel, T. & Buddeberg, C. (2002). Studienerfahrungen und Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83, 1980–1986.
- Bundesamt für Statistik. (2006). *Gleiches Studium – gleicher Lohn? Geschlechtsspezifische Einkommensanalysen der Schweizer Hochschulabsolventenbefragung 2003*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2008a). *Erwerbstätige nach ausgewählten beruflichen Tätigkeiten sowie Nationalität und Geschlecht sowie Beschäftigungsgrad. Eidgenössische Volkszählung 2000*. Unveröffentlichte Tabelle.
- Bundesamt für Statistik. (2008b). *Gleichstellung von Frau und Mann: Die Schweiz im internationalen Vergleich*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2008c). *Habilitationen der deutschsprachigen universitären Hochschulen. Habilitationen nach Fachbereich und Geschlecht: Entwicklung seit*

- 1997 [On-line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/06/data.html>
- Bundesamt für Statistik. (2008d). *Professor/innen der Humanmedizin nach Geschlecht / 1997-2006*. Unveröffentlichte Tabelle.
- Bundesamt für Statistik. (2008e). *Studierende und Abschlüsse der schweizerischen Hochschulen. Doktorate nach Fachrichtung und Geschlecht* [On-line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/06/data.html>
- Bundesamt für Statistik. (2008f). *Studierende und Abschlüsse der schweizerischen Hochschulen. Entwicklung der Eintritte Lizentiat/Diplom und Bachelor nach Fachrichtung und Geschlecht seit 1980/81* [On-line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/06/data.html>
- Bundesamt für Statistik. (2008g). *Studierende und Abschlüsse der schweizerischen Hochschulen. Lizentiate/Diplome nach Fachrichtung seit 1997* [On-line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/06/data.html>
- Bund-Länder-Kommission. (2004). *Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen*. Bonn: Bund-Länder-Kommission.
- Cantor, N., Norem, J. K., Niedenthal, P. M., Langston, C. A. & Brower, A. M. (1987). Life tasks, self-concept ideals, and cognitive strategies in a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1178–1191.
- Carlson, D. S. (1999). Personality and role variables as predictors of three forms of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 55, 236–253.
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., Wayne, J. H. & Grzywacz, J. G. (2006). Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work-family enrichment scale. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 131–164.
- Chênevert, D. & Trembley, M. (2002). Managerial career success in Canadian organizations: Is gender a determinant? *International Journal of Human Resource Management*, 13, 920–941.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653–665.
- Day, R. & Allen, T. D. (2004). The relationship between career motivation and self-efficacy with protégé career success. *Journal of Vocational Behavior*, 64, 72–91.
- De Jong, J. D., Heiligers, P. J. M., Groenewegen, P. P. & Hingstman, L. (2006). Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy*, 78, 235–248.
- Detle, D. E., Abele, A. E. & Renner, O. (2004). Zur Definition und Messung von Berufserfolg. Theoretische Überlegungen und metaanalytische Befunde zum Zusammenhang von externen und internen Laufbahnerfolgsmassen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 3, 170–183.
- Dorsey, E. R., Jarjoura, D. & Rutecki, G. W. (2005). The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U. S. medical students, 1996–2003. *Academic Medicine*, 80, 791–796.
- Eccles, J. S. (1987). Gender roles and women's achievement-related decisions. *Psychology of Women Quarterly*, 11, 135–172.
- Emmons, R. A. (1986). Personal Strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058–1068.

- Fassinger, R. E. (2002). Hitting the ceiling: Gendered barriers to occupational entry, advancement, and achievement. In L. Diamant & J. A. Lee (Eds.), *The psychology of sex, gender, and jobs* (pp. 21–45). Westport: Praeger.
- Fassinger, R. E. (2005). Theoretical issues in the study of women's career development: Building bridges in a brave new world. In W. B. Walsh & M. L. Savickas (Eds.), *Handbook of vocational psychology* (pp. 85–124). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140.
- Finegold, D. & Mohrman, S. A. (2001). *What do employees really want? The perception vs. the reality* [On-line]. Available: <http://www.marshall.usc.edu/assets/005/5443.pdf>
- FMH. (2007a). *Facharzt für Chirurgie* [On-line]. Available: http://www.fmh.ch/de/data/pdf/chirurgie_version_internet_d.pdf
- FMH. (2007b). *Facharzt für Innere Medizin* [On-line]. Available: http://www.fmh.ch/de/data/pdf/innere_medizin_version_internet_d.pdf
- FMH. (2007c). *Weiterbildungsordnung (WBO)*. Bern: FMH.
- FMH. (2008a). *FMH Ärztestatistik 1930–2007* [On-line]. Available: http://www.fmh.ch/ww/de/pub/fmh/mitgliederstatistik/fmh_rztestatistiken_1930__20.htm
- FMH. (2008b). *Weiterbildungsprogramme* [On-line]. Available: <http://www.fmh.ch/ww/de/pub/awf/weiterbildung/grundlagen/weiterbildungsprogramme/weiterbildungsprogramme.htm>
- FMH-Generalsekretariat. (2007). *Verleihung von eidg. Weiterbildungstiteln 2006* [On-line]. Available: http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/stt12_final_esk.pdf
- FMH-Generalsekretariat. (2008a). *Berufstätige Ärzte 2007*. Unveröffentlichte Tabelle.
- FMH-Generalsekretariat. (2008b). *Berufstätige Ärzte nach Fachgebiet 2007* [On-line]. Available: http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/stt10_08.pdf
- FMH-Generalsekretariat. (2008c). *Verleihung von eidg. Weiterbildungstiteln 2007* [On-line]. Available: http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/stt12_08.pdf
- Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In A. Antonovsky, *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 169–190). Tübingen: DGTV.
- Freund, A. M. (2003). Die Rolle von Zielen für die Entwicklung. *Psychologische Rundschau*, 54, 233–242.
- Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 143–162). Washington: American Psychological Association.
- Frone, M. R., Yardley, J. K. & Markel, K. S. (1997). Developing and testing an integrative model of the work-family interface. *Journal of Vocational Behavior*, 50, 145–167.
- Gargiulo, D. A., Hyman, N. H. & Herbert, J. C. (2006). Women in surgery. Do we really understand the deterrents? *Archives of Surgery*, 141, 405–408.
- Gensch, K. (2007). Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot. Ergebnisse einer anonymen Befragung. *Gesundheitswesen*, 69, 359–370.
- Gilliand, P. (1986). Démographie médicale et infirmière: faits et perspectives. In P. Gilliland (Ed.), *Les défis de la santé. Les professionnels* (Vol. 2, pp. 33–72). Lausanne: Réalités sociales.
- Gjerberg, E. (2001). Medical women – towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Social Science and Medicine*, 52, 331–343.
- Gjerberg, E. (2003). Women doctors in Norway: The challenging balance between career and family life. *Social Science & Medicine*, 57, 1327–1341.

- Goldacre, M. J. & Lambert, T. W. (2000). Stability and change in career choices of junior doctors: Postal questionnaire surveys of the United Kingdom qualifiers of 1993. *Medical Education*, 34, 700–707.
- Gottfredson, L. S. (2002). Gottfredson's theory of circumscription, compromise, and self-creation. In D. Brown & Associates (Eds.), *Career choice and development* (pp. 85–148). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25, 161–178.
- Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Journal*, 10, 76–88.
- Greenhaus, J. H., Parasuraman, S. & Wormley, W. M. (1990). Effects of race on organizational experiences, job performance evaluations, and career outcomes. *Academy of Management Journal*, 33, 64–86.
- Greenhaus, J. H. & Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review*, 31, 72–92.
- Grzywacz, J. G. & Marks, N. F. (2000). Reconceptualizing the work-family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 111–126.
- Guest, D. E. (2002). Perspectives on the study of work-life balance. *Social Science Information*, 41, 255–279.
- Hackett, G. (1995). Self-efficacy in career choice and development. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 232–258). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, D. T. (2002). *Careers in and out of organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Hall, D. T. & Chandler, D. E. (2005). Psychological success: When the career is a *calling*. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 155–176.
- Hänggeli, C. (2008). Was Sie als Ärztin oder Arzt unbedingt über die Weiterbildung wissen müssen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89, 1003–1005.
- Hänsen, K.-D. (2007). Numerus clausus in der Medizin. Werden die Richtigen ausgewählt für Studium und Beruf? *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1953–1957.
- Harris, M. G., Gavel, P. H. & Young, J. R. (2005). Factors influencing the choice of specialty of Australian medical graduates. *The Medical Journal of Australia*, 183 (6), 295–300.
- Heberer, M. (2006). *Chirurgie 2020: Berufsbild, Weiterbildung und Fachgesellschaft aus Sicht von ChirurgInnen in Weiterbildung und jüngeren FachärztInnen* [On-line]. Available: http://www.sgc-ssc.ch/Chirurgie2020_D.pdf
- Heiligers, P. J. M. & Hingstman, L. (2000). Career preferences and the work-family balance in medicine: Gender differences among medical specialists. *Social Science & Medicine*, 50, 1235–1246.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction (FLZ^M) – a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16 (3), 150–159.
- Heslin, P. A. (2003). Self- and other-referent criteria of career success. *Journal of Career Assessment*, 11, 262–286.
- Heslin, P. A. (2005). Conceptualizing and evaluating career success. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 113–136.
- Heuss, L. T. & Hänggeli, C. (2003). Open access to part-time specialist training – the Swiss experience. *Swiss Medical Weekly*, 133, 263–266.
- Higgins, M. C. & Kram, K. E. (2001). Reconceptualizing mentoring at work: A developmental network perspective. *Academy of Management Review*, 26, 264–288.

- Higgins, M. C. & Thomas, D. A. (2001). Constellations and careers: toward understanding the effect of multiple development relationships. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 223–247.
- Hoff, E.-H. (2005). Arbeit und berufliche Entwicklung. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Enzyklopädie der Psychologie* (S. 525–558). Göttingen: Hogrefe.
- Hoff, E.-H., Dettmer, S., Grote, S. & Hohner, H.-U. (2002). *Formen der beruflichen und privaten Lebensgestaltung. Ergebnisse aus den Interviews im Projekt "PROFIL"* (Bericht Nr. 17). Berlin: Freie Universität, Bereich Arbeits-, Berufs- und Organisationspsychologie.
- Hoff, E.-H. & Ewers, E. (2003). Zielkonflikte und Zielbalance. Berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen, Männern und Paaren. In A. E. Abele, E.-H. Hoff & H.-U. Hohner (Hrsg.), *Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg* (S.131–156). Heidelberg: Asanger.
- Hoff, E.-H., Grote, S., Dettmer, S., Hohner, H.-U. & Olos, L. (2005). Work-Life-Balance: berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 196–207.
- Hoff, E.-H., Grote, S., Hohner, H.-U. & Dettmer, S. (2000). Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in Medizin und Psychologie. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8, 203–223.
- Hohner, H.-U., Grote, S. & Hoff, E.-H. (2003). Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A 166–169.
- Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). Odessa Fla: Psychological Assessment Resources.
- Höpflinger, F. (2004). Familie und Beruf heute – ausgewählte statistische Informationen. In Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.), *Zeit für Familien* (S. 35–51). Bern: EKFF.
- Jarecky, R. K., Schwartz, R. W., Haley, J. V. & Donnelly, M. B. (1991). Stability of medical specialty selection at the University of Kentucky. *Academic Medicine*, 66, 756–761.
- Judge, T. A., Cable, D. M., Boudreau, J. W. & Bretz, R. D. (1995). An empirical investigation of the predictors of executive career success. *Personnel Psychology*, 48, 485–519.
- Judge, T. A., Higgins, C. A., Thoresen, C. J. & Barrick, M. R. (1999). The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52, 621–652.
- Kammeyer-Mueller, J. D. & Judge, T. A. (2008). A quantitative review of mentoring research: Test of a model. *Journal of Vocational Behavior*, 72, 269–283.
- Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R. B. & Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics & Gynecology*, 109, 949–955.
- Kinnunen, U., Feldt, T. & Mäkikangas, A. (2008). Testing the effort-reward imbalance model among Finnish managers: The role of perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 114–127.
- Kirchmeyer, C. (1998). Determinants of managerial career success: Evidence and explanation of male/female differences. *Journal of Management*, 24, 673–692.
- Kirchmeyer, C. (2006). The different effects of family on objective career success across gender: A test of alternative explanations. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 323–346.

- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1–25.
- Kossek, E. E. & Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior – human resources research. *Journal of Applied Psychology*, 83, 139–149.
- Kram, K. E. (1985). *Mentoring at work: Developmental relationships in organizational life*. Glenview: Scott, Foresmann and Company.
- Kümmerling, A. & Dickenberger, D. (2002). Karrieremotivation und familiäre Orientierung. Eine Studie über die Karriereorientierung von Statusgruppen. In B. Keller & A. Mischau (Hrsg.), *Frauen machen Karriere in Wissenschaft, Wirtschaft und Politik* (S. 65–80). Baden-Baden: Nomos.
- Lambert, E. M. & Holmboe, E. S. (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990–2003. *Academic Medicine*, 80, 797–802.
- Lambert, T. W., Davidson, J. M., Evans, J. & Goldacre, M. J. (2003). Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers. *Medical Education*, 37, 312–318.
- Lambert, T. W., Goldacre, M. J. & Turner, G. (2006). Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: Questionnaire survey. *Medical Education*, 40, 514–521.
- Lawrence, J., Poole, P. & Diener, S. (2003). Critical factors in career decision making for women medical graduates. *Medical Education*, 37, 319–327.
- Lent, R. W. (2005). A social cognitive view of career development and counseling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling. Putting theory and research to work* (pp.101–127). New Jersey: Wiley.
- Lent, R. W., Brown, S. D., Chopra, S. B., Davis, T., Talleyrand, R. & Suthakaran, V. (2001). The role of contextual supports and barriers on the choice of math/science educational options: A test of social cognitive hypotheses. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 474–483.
- Lent, R. W., Brown, S. D. & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45 (1), 79–122.
- Lent, R. W., Brown, S. D. & Hackett, G. (2000). Contextual support and barriers to career choice: A social cognitive analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 36–49.
- Lent, R. W., Brown, S. D. & Larkin, K. C. (1986). Self-efficacy in the prediction of academic performance and perceived career options. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 265–269.
- Lent, R. W., Brown, S. D., Schmidt, J., Brenner, B., Lyons, H. & Treistman, D. (2003). Relation of contextual supports and barriers to choice behavior in engineering majors: test of alternative social cognitive models. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 458–465.
- Little, B. R. (1983). Personal projects: A rationale and method for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273–309.
- London, M. (1983). Toward a theory of career motivation. *Academy of Management Review*, 8, 620–630.
- Lugtenberg, M., Heiligers, P. J. M., De Jong, L. & Hingstman, L. (2006). Internal medicine specialists' attitudes towards working part-time: A comparison between 1996 and 2004. *BMC Health Services Research*, 6, 126.
- Lyness, K. S. & Thompson, D. E. (2000). Climbing the corporate ladder: Do female and male executives follow the same route? *Journal of Applied Psychology*, 85, 86–101.

- Maier, G. W. & Brunstein, J. C. (2001). The role of personal work goals in newcomers' job satisfaction and organizational commitment: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1034–1042.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954–969.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53–76.
- Melamed, T. (1996). Career success: An assessment of a gender-specific model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 217–242.
- Menard, S. (2002). *Applied logistic regression analyses*. Thousand Oaks: Sage.
- Murdoch, M., Kressin, N., Fortier, L., Giuffre, P. A. & Oswald, L. (2001). Evaluating the psychometric properties of a scale to measure medical students' career related values. *Academic Medicine*, 76, 157–165.
- Nerdinger, F. W. (1995). *Motivation und Handeln in Organisationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nerdinger, F. W. (1997). Integration des Fach- und Führungsnachwuchses in flexible Organisationen – auf dem Weg zu einem neuen psychologischen Kontrakt? In L. von Rosenstiel, T. Lang-von Wins & E. Sigl (Hrsg.), *Perspektiven der Karriere* (S. 43–62). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Newton, D. A., Grayson, M. S. & Thompson, L. F. (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: Data from two U.S. medical schools, 1998–2004. *Academic Medicine*, 80, 809–814.
- Ng, T. W. H., Eby, L. T., Sorensen, K. L. & Feldman, D. C. (2005). Predictors of objective and subjective career success: A meta analysis. *Personnel Psychology*, 58, 367–408.
- Nicholson, N. & De Waal-Andrews, W. (2005). Playing to win: Biological imperatives, self-regulation, and trade-offs in the game of career success. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 137–154.
- Ommen, O., Driller, E., Janssen, C., Richter, P. & Pfaff, H. (2008). Burnout bei Ärzten – Sozialkapital im Krankenhaus als mögliche Ressource? In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 190–208). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pfau-Effinger, B. (1996). Analyse internationaler Differenzen in der Erwerbsbeteiligung von Frauen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 48, 462–492.
- Resch, M. & Bamberg, E. (2005). Work-Life-Balance – Ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 171–175.
- Ridgeway, C. L. (2001). Interaktion und die Hartnäckigkeit der Geschlechter-Ungleichheit in der Arbeitswelt. In B. Heintz (Hrsg.), *Geschlechtersoziologie* (S. 250–275). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Runge, T., Frey, D., Gollwitzer, P. M., Helmreich, R. L. & Spence, J. T. (1981). Masculine (instrumental) and feminine (expressive) traits. A comparison between students in the United States and West Germany. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 12, 142–162.
- Sambunjak, D., Straus, S. E. & Marusic, A. (2006). Mentoring in academic medicine. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 296, 1103–1115.
- Sanfey, H. A., Saalwachter-Schulman, A. R., Nyhof-Young, J. M., Eidelson, B. & Mann, B. D. (2006). Influences on medical student career choice. *Archives of Surgery*, 141, 1086–1094.
- Schönfeld, S. & Tschirner, N. (2002). Mentoring: Konzept und Erfahrungen. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 85–91.

- Schumacher, J., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46, 208–213.
- Seibert, S. E. & Kraimer, M. L. (2001). The five-factor model of personality and career success. *Journal of Vocational Behavior*, 58, 1–21.
- Seifert, K. H. (1988). Berufswahl und Laufbahnentwicklung. In D. Frey, C. G. Hoyos & D. Stahlberg (Hrsg.), *Angewandte Psychologie* (S. 187–204). München: Psychologie Verlags Union.
- Siegrist, J. (2001). A theory of occupational stress. In J. Dunham (Ed.), *Stress in the workplace* (pp. 52–66). London: Whurr.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M. & Niedhammer, I. (2004). The measurement of effort-reward-imbalance at work: European comparisons. *Social Science Medicine*, 58, 1483–1499.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., Von dem Knesebeck, O., Jürgens, H. & Börsch-Supan, A. (2006). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees - baseline results from the SHARE study. *European Journal of Public Health*, 17, 62–68.
- Siegrist, M., Orlow, P. & Giger, M. (2005). Weiterbildung aus der Sicht der Assistenzärzte. *Schweizerische Ärztezeitung*, 86, 412–423.
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen: Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Enke.
- Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: Ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6–15.
- Stief, M. (2001). *Selbstwirksamkeitserwartungen, Ziele und Berufserfolg: Eine Längsschnittstudie*. Aachen: Shaker.
- Stiller, J. & Busse, C. (2008). Berufliche Belastungen von Berufsanfängern in der klinischen Praxis. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 165–178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strange, C. C. & Rea, J. S. (1983). Career choice considerations and sex role self-concept of male and female undergraduates in nontraditional majors. *Journal of Vocational Behavior*, 23, 219–226.
- Super, D. E. (1994). Der Lebenszeit-, Lebensraumansatz der Laufbahnentwicklung. In D. Brown & L. Brooks (Hrsg.), *Karriere-Entwicklung* (S. 211–280). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tambyraja, A. L., McCrea, C. A., Parks, R. W. & Garden, O. J. (2008). Attitudes of medical students toward careers in general surgery. *World Journal of Surgery*, 32, 960–963.
- Tharenou, P. (1999). Is there a link between family structures and women's and men's managerial career advancement? *Journal of Organizational Behavior*, 20, 837–863.
- Twenge, J. M. (1997). Changes in masculine and feminine traits over time: A meta-analysis. *Sex Roles*, 36, 305–325.
- Uhlenberg, P. & Cooney, T. M. (1990). Male and female physicians: Family and career comparisons. *Social Science and Medicine*, 3, 373–378.
- Ulrich, B. (2004). Chirurgen und Chirurgie zwischen Anspruch und Realität. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129, 939–940.
- Underhill, C. M. (2006). The effectiveness of mentoring programs in corporate settings: A meta-analytical review of the literature. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 292–307.

-
- Van Maanen, J. & Schein, E. H. (1977). Career development. In J. R. Hackman & J. L. Suttle (Eds.), *Improving life at work* (pp. 30–95). Santa Monica: Goodyear.
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60, 1117–1131.
- Vrugt, A., Oort, F. J. & Zeeberg, C. (2002). Goal orientations, perceived self-efficacy and study results amongst beginners and advanced students. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 385–397.
- Wetterer, A. (1993). *Professionalisierung und Geschlechterhierarchie: Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten*. Kassel: Jenior & Pressler.
- Wiese, B. S. (2000). *Berufliche und familiäre Zielstrukturen*. Münster: Waxmann.
- Wiese, B. S. (2004). Berufliche Ziele als entwicklungsregulative Herausforderung. In B. S. Wiese (Hrsg.), *Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung* (S. 11–34). Frankfurt: Campus.
- Wiese, B. S. & Freund, A. M. (2000). The interplay of work and family in young and middle adulthood. In J. Heckhausen (Ed.), *Motivational psychology of human development: Developing motivation and motivating development* (pp. 233–249). Oxford: Elsevier.
- Wiese, B. S., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2000). Selection, optimization, and compensation: An action-related approach to work and partnership. *Journal of Vocational Behavior*, 57, 273–300.
- Wiese, B. S., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Subjective career success and emotional well-being: Longitudinal predictive power of selection, optimization, and compensation. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 321–335.

Anhang

Tabelle A: Korrelative Beziehungen zwischen den personenbezogenen und den berufsbezogenen Faktoren (N=156)

	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Personenbezogene Faktoren</i>								
1. Instrumentalität	1.00							
2. Kohärenzsinn	.49***	1.00						
3. Berufliche Selbstwirksamkeit	.62***	.43***	1.00					
4. Extrinsische Karrieremotivation	.40***	.06	.27***	1.00				
5. Intrinsische Karrieremotivation	.48***	.20*	.57***	.32***	1.00			
6. Extraprofessionale Motivation	-.20*	-.06	-.24**	-.43***	-.23**	1.00		
<i>Berufsbezogene Faktoren</i>								
7. Mentoring	.27***	.30***	.26***	.11	.29***	-.15	1.00	
8. Effort-Reward-Imbalance	.09	-.06	-.06	.13	.08	-.12	-.19*	1.00

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Tabelle B: Korrelative Beziehungen zwischen den drei Arten der angestrebten Work-Life-Balance (Vier-Felder-Korrelationen, Phi-Koeffizient) (N=156)

	1	2	3
1. Karriereorientierung	1.00		
2. Teilzeitorientierung	-.44***	1.00	
3. Drei-Phasen-Orientierung	-.17*	.39***	1.00

Anmerkungen: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Curriculum vitae

Zur Person

Name	Martina Stamm
Geburtsdatum	9. Juli 1970
Heimatort	Schleitheim SH

Ausbildung

2006-2009	Doktorat an der Universität Zürich, Psychologisches Institut
2006-2009	Teaching Skills Programm an der Universität Zürich
1999-2004	Universität Zürich: Studium der Psychologie Vertiefungsrichtung Angewandte Psychologie 1. Nebenfach: Deutsche Sprachwissenschaft 2. Nebenfach: Arbeitsrecht
1990-1993	Schweizerische Tourismusfachschule, Sierre: Eidg. dipl. Tourismusfachfrau HF
1990	Kantonsschule Frauenfeld: Matura Typus B

Berufliche Tätigkeit

2005-	Universität und Universitätsspital Zürich, Psychosoziale Medizin: Wissenschaftliche Mitarbeiterin (2005: 50%; ab 2006: 80%)
1995-2006	Elvia Reiseversicherungen, Zürich: Stabsstelle Neue Produkte und Qualitätsmanagement (1999–2006, 50%) Teamleiterin Notrufzentrale (1997–1999) Mitarbeiterin Notrufzentrale (1995–1997)
1995	Swissair, Zürich: Seasonal Flight Attendant
1993-1995	Tunesisches Verkehrsbüro, Zürich: Sekretärin-Leiterin
1993	Géo-Découverte, Genève: Mitarbeiterin Tour-Operating